



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**



**KEMOTERAPİ ALAN KANSER HASTALARINDA HASTALIK  
ALGISI VE KANSERE VERİLEN TEPKİ TARZI**

**Dr. Yusufcan YILMAZ**

**İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI  
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**ANKARA  
2021**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**KEMOTERAPİ ALAN KANSER HASTALARINDA HASTALIK  
ALGISI VE KANSERE VERİLEN TEPKİ TARZI**

**Dr. Yusufcan YILMAZ**

**İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI  
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN  
Prof. Dr. Filiz ÇAY ŞENLER**

**ANKARA  
2021**

Ankara Üniversitesi

Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Hastalık Algısı ve Kansere Verilen Tepki Tarzı" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımda yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

u tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından, 10/10/2019 tarihinde, 14-13.k-13 numaralı ararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Yusufcan Yılmaz

Tarih: 22/02/2021

İmza:

# ÖZGÜNLÜK RAPORU

## Turnitin Orijinallik Raporu

İşleme kondu: 21-Şub-2021 19:01 +03  
NUMARA: 1514240553  
Kelime Sayısı: 9487  
Gönderildi: 1

Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Hastalık Algısı ve  
Kansere Verilen Tepki Tarzı Yusufcan Yılmaz tarafından

Benzerlik Endeksi		Kaynağa göre Benzerlik	
%3		İnternet Sources:	%2
		Yayımlar:	%1
		Öğrenci Ödevleri:	%1



# KABUL VE ONAY

## ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN	
Adı, Soyadı: Yusufcan Yılmaz	Sınav tarihi: 22 / 02 / 2021
Anabilim/Bilim Dalı: İç Hastalıkları ABD.	
Tez Danışmanı: Prof. Dr. Filiz Çay Şenler	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Tezin Başlığı: Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Hastalık Algısı ve Kansere Verilen Tepki Tarzı	
Tezin Niteliği: <input checked="" type="checkbox"/> Ana Dal Uzmanlık Tezi	<input type="checkbox"/> Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu: <input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

III. KARAR	
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak	
<input checked="" type="checkbox"/> Kabulüne	
<input type="checkbox"/> Reddine	
<input type="checkbox"/> Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine	
<input checked="" type="checkbox"/> Oy birliği	<input type="checkbox"/> Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

IV. AÇIKLAMALAR	
Başarılı bulunmuştur.	

**Prof. Dr. Filiz Çay Şenler**  
**Jüri Başkanı**  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

**Prof. Dr. Ömer Dizdar**  
**Jüri Üyesi**  
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

**Doç. Dr. Yüksel Ürün**  
**Jüri Üyesi**  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

## ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda iç hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca üzerimde emeği olan tüm öğretim üyelerine teşekkür ederim.

Kapısı her zaman tıp fakültesi öğrencilerine ve uzmanlık öğrencilerine açık olan ve hekimlik hayatımda desteğini benden ve meslektaşlarımdan esirgemeyen saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. Filiz Çay Şenler'e tez çalışmamın yürütülmesindeki ve yazım aşamasındaki katkıları için teşekkürü bir borç bilirim. Tezimin yürütülmesi sırasında hastalara ulaşmama yardımcı olan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Tıbbi Onkoloji Gündüz Tedavi Ünitesi hemşirelerine ve Uzm. Dr. Mustafa Gürbüz'e teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim boyunca tüm bilim dallarında birlikte çalışma fırsatı bulduğum asistan arkadaşlarıma ve yan dal uzmanlarına teşekkür ederim.

Doğduğum günden bugüne beni yetiştiren ve büyüten, bana insanlığı öğreten ve hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen annem Şazimet Yılmaz ve babam Meshut Yılmaz'a, gerek uzmanlık eğitimim gerekse tez çalışmam sırasında her zaman yanımda olan eşim Dr. Hediye Yılmaz'a çok teşekkür ederim.

Dr. Yusufcan Yılmaz

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

Etik Beyan .....	ii
Özgünlük Raporu .....	iii
Kabul ve Onay .....	iv
Önsöz ve Teşekkür .....	v
İçindekiler .....	vi
Kısaltmalar .....	viii
Şekiller Dizini.....	ix
Tablolar Dizini .....	x
1. ÖZET .....	1
2. ABSTRACT.....	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ .....	5
3.1. Amaç.....	5
3.2. Hipotezler.....	6
4. GENEL BİLGİLER.....	7
4.1. Öz Düzenleyici Model .....	8
4.2. Hastalık Algısı Ölçekleri (HAÖ).....	10
4.3. Kanser Tepki Tarzı Ölçeği (KTTÖ) .....	12
4.4. Hastalık Algısı Ölçekleri ve Kanser Tepki Tarzı Ölçeği Arasındaki İlişki.....	13
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	14
5.3. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ).....	14
5.4. Kanser Tepki Tarzı Ölçeği (KKTÖ).....	16
5.5. İstatistiksel Analiz Yöntemleri.....	17
6. BULGULAR.....	18
6.1. Hastaların Özellikleri .....	18
6.2. Hastaların Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) Sonuçları .....	21
6.3. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Sonuçlarını Etkileyen Faktörler .....	22
6.4. Hastaların Kanser Tepki Tarzı Ölçeği (KTTÖ) Sonuçları .....	28
6.5. Hastaların Kanser Tepki Tarzı Ölçeği Sonuçlarını Etkileyen Faktörler.....	29
6.6. Hastalık Algısı ile Kanser Tepki Tarzı Arasındaki İlişki.....	32

<b>7. TARTIŞMA</b> .....	<b>35</b>
<b>7.1. Hastalık Algısı</b> .....	<b>35</b>
<b>7.2. Kansere Tepki Tarzı</b> .....	<b>37</b>
<b>7.3. Hastalık Algısı ile Kansere Tepki Tarzı Arasındaki İlişki</b> .....	<b>38</b>
<b>8. SONUÇLAR</b> .....	<b>40</b>
<b>8.1. Öneriler</b> .....	<b>41</b>
<b>9. KAYNAKLAR</b> .....	<b>42</b>
<b>10. EKLER</b> .....	<b>45</b>
<b>EK 1: Araştırma amaçlı çalışma için bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ve anket formu</b> .....	<b>45</b>
<b>EK 2: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği</b> .....	<b>48</b>
<b>EK-3: Kansere Tepki Tarzı Ölçeği</b> .....	<b>50</b>

## KISALTMALAR

<b>WHO</b>	: World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü)
<b>HAÖ</b>	: Hastalık Algısı Ölçeği
<b>RHAÖ</b>	: Revize Hastalık Algısı Ölçeği
<b>KHAÖ</b>	: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği
<b>KTTÖ</b>	: Kansere Tepki Tarzı Ölçeği
<b>GİS</b>	: Gastrointestinal Sistem
<b>GÜS</b>	: Genitoüriner Sistem



## ŞEKİLLER DİZİNİ

**Sayfa No:**

<b>Şekil 6.1.</b> Yaş dağılımı.....	18
<b>Şekil 6.2.</b> Kanseri tiplerinin dağılımı.....	20
<b>Şekil 6.3.</b> Kanseri evresi .....	20



## TABLolar DİZİNİ

Sayfa No:

<b>Tablo 6.1.</b>	Demografik özellikler .....	19
<b>Tablo 6.2.</b>	Kısa Hastalık Algısı Ölçeği sonuçları .....	21
<b>Tablo 6.3.</b>	Yaşa göre Kısa Hastalık Algısı Ölçeği sonuçları .....	22
<b>Tablo 6.4.</b>	Cinsiyete göre Kısa Hastalık Algısı Ölçeği sonuçları .....	23
<b>Tablo 6.5.</b>	Eğitim durumuna göre Kısa Hastalık Algısı Ölçeği sonuçları .....	24
<b>Tablo 6.6.</b>	Gelir durumuna göre Kısa Hastalık Algısı Ölçeği sonuçları.....	25
<b>Tablo 6.7.</b>	Kanser tipini göre Kısa Hastalık Algısı Ölçeği sonuçları .....	26
<b>Tablo 6.8.</b>	Kanser evresine göre Kısa Hastalık Algısı Ölçeği sonuçları .....	27
<b>Tablo 6.9.</b>	Kansere Tepki Tarzı Ölçeği sonuçları.....	28
<b>Tablo 6.10.</b>	Kansere tepki tarzı eğilimi .....	28
<b>Tablo 6.11.</b>	Yaşa göre Kansere Tepki Tarzı Ölçeği sonuçları.....	29
<b>Tablo 6.12.</b>	Cinsiyete göre Kansere Tepki Tarzı Ölçeği sonuçları .....	29
<b>Tablo 6.13.</b>	Eğitim durumuna göre Kansere Tepki Tarzı Ölçeği sonuçları .....	30
<b>Tablo 6.14.</b>	Gelir durumuna göre Kansere Tepki Tarzı Ölçeği sonuçları .....	30
<b>Tablo 6.15.</b>	Kanser tipine göre Kansere Tepki Tarzı Ölçeği sonuçları .....	31
<b>Tablo 6.16.</b>	Kanser evresine göre Kansere Tepki Tarzı Ölçeği sonuçları.....	31
<b>Tablo 6.17.</b>	Kısa Hastalık Algısı Ölçeği alt ölçekleri ve Kansere Tepki Tarzı Ölçeği alt ölçekleri arasındaki multipl regresyon sonuçları.....	34

## 1. ÖZET

**Amaç:** Ülkemizde hastalık algısının kansere tepki tarzına etkisini inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada kemoterapi alan hastalarda hastalık algısı, kansere tepki tarzı, bunları etkileyen faktörler ve hastalık algısının kansere tepki tarzıyla ilişkisi araştırılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** 01/11/2019-30/04/2020 tarihleri arasında, kemoterapi uygulanan 282 hasta dahil edilmiştir. Hastalar, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) ve Kansere Tepki Tarzı Ölçeği (KTTÖ) ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 57,1'di (19-87) ve %53,9'u erkekti. Hastaların %66'sı 65 yaşından gençti ve %83,3'ünün ileri evre kanseri vardı.

Hastaların tedavinin başarısına olan inançları ve hastalığı kendilerinin kontrol edebileceklerine olan inançları yüksekti. Ayrıca hastalıklarını iyi anladıklarını düşünüyorlardı. Geriatrik hastalar hastalıklarının daha uzun süreceğini düşünmekteydi, semptomlardan daha fazla yakınmaktaydı, daha endişeliydi. Tedavi başarısına ve hastalığı kontrol edebileceklerine inançları düşüktü. Kadınlar erkeklerden daha endişeliydi. Üniversite mezunları semptomlardan daha az yakınıyordu, daha az endişeliydiler, duygusallık daha geri plandaydı. Geliri giderinden fazla olan hastalar tedavinin başarısına daha çok inanıyordu. Kanseri tipi ile hastalık algısı arasında ilişki yoktu. Tedavi başarısına olan inanç ileri evre hastalığı olanlarda erken evre hastalığı olanlara göre daha azdı. En sık seçilen en önemli kanser nedeni psikolojik sorunlardı.

En belirgin tepki tarzı mücadeleci ruh, en geri planda olan tepki tarzı çaresizlik/ümitsizlikti. Geriatrik hastalarda çaresizlik/ümitsizlik, diğerlerinde mücadeleci ruh daha belirgindi. Kadınlarda mücadeleci ruh ve endişeli bekleyiş daha belirgindi. Üniversite mezunu olmayanlarda çaresizlik/ümitsizlik ve kadercilik daha belirgindi. Geliri giderinden fazla olanlarda kadercilik daha geri plandaydı. KTTÖ alt ölçekleri ile kanser tipi ve evresi arasında ilişki yoktu.

Kişisel kontrole inancın, tedavi kontrolüne inancın ve hastalığı anlama düzeyinin mücadeleci ruha pozitif etki ettiği görüldü. Hastalık sonuçlarından etkilenme düzeyinin, beklenen hastalık süresinin, semptomların, endişe düzeyinin ve duygusallığın mücadeleci ruha negatif etki ettiği görüldü.

**Sonuç:** Yaş, cinsiyet, eğitim ve gelir durumu gibi özelliklerin hastalık algısı ve tepki tarzına etki ettiği görüldü. Kanseri evresi hastalık algısına etkiliyken, tepki tarzına etkili değildi. Kanseri tipiyle hastalık algısı ve kansere tepki tarzı arasında ilişki yoktu. Hastalık algısı ile kansere tepki tarzı arasında tüm alt değerlendirme ölçeklerini de içeren iç içe geçmiş yakın bir

ilişki vardı. Leventhal ve arkadaşları tarafından geliştirilen Öz Düzenleyici Model'in kemoterapi alan kanser hastalarında da doğrulanmış oldu.

Onkolojide biyopsikososyal bütüncül tıbbi yaklaşım ve destekleyici uygulamalar büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle kanser hastalarının hastalıklarını nasıl algıladıkları ve bu süreci nasıl yönetmeye çalıştıklarının tespit edilmesi önemlidir. Böylece negatif başa çıkma yöntemlerini seçenler belirlenebilir, gerekli destekler verilebilir, hayat kaliteleri ve tedavi uyumları arttırılabilir.

KTTÖ gibi çok sayıda sorudan oluşan, çözülmesi uzun ve anlaması zor ölçekler yerine, KHAÖ ile hem hastalık algılarının hem de lineer regresyon modelleri ile oluşturulan formüllerle kansere tepki tarzlarının değerlendirilebileceği görülmüştür. Bu değerlendirmelerin yapılarak uygun psikososyal desteğin erken dönemde yaşama geçirilmesini önermekteyiz. İleride bu hipotezi sınavacak yeni araştırmalar planlanabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Kanser, hastalık algısı, kansere tepki tarzı, öz düzenleyici model

## 2. ABSTRACT

**Aim:** In Turkey, there is no study examining the effects of patients' perceptions on mental adjustment to cancer. We aimed to examine illness perceptions, mental adjustments to cancer, the factors affecting these and the relationships between these in oncology patients receiving chemotherapy.

**Materials and Methods:** 282 patients who received chemotherapy between 01.11.2019-30.04.2020 were included. Patients were evaluated with Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) and Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC).

**Results:** The mean age was 57.1 (19-87) and 53.9% of participants were male. Most patients were geriatric (66%) and had advanced stage cancer (83.3%).

Treatment control, personal control and illness coherence were high. Geriatric patients thought that their disease would last longer, complained more about symptoms, were more concerned, had lower belief in treatment control and personal control. Women were more concerned. University graduates complained less about symptoms, were less concerned and less emotional. Treatment control was higher in patients whose income was more than their expenses. Treatment control was less in patients with advanced stage cancer. Psychological problems were the most common cancer cause selected by the patients.

The most prominent mental adjustment to cancer was fighting spirit and the least was helplessness / hopelessness. Helplessness/hopelessness was more noticeable in geriatric patients, whereas fighting spirit in others. Fighting spirit and anxious preoccupation were more noticeable in women. Helplessness/hopelessness and fatalism were more obscure in those who were graduated from a university. Fatalism was more obscure in participants whose income was more than their expenses. Helplessness/hopelessness was more prominent in patients with advanced stage cancer.

Personal control, treatment control, and illness coherence had a positive affect on fighting spirit. Illness consequences, expected duration of illness, symptoms, concern and emotionality had a negative effect on fighting spirit.

**Conclusions:** Patients characteristics such as age, gender, education level and income level affected illness perception and mental adjustment to cancer. While cancer stage had an effect on illness perception, didn't have on mental adjustment to cancer. Cancer type didn't have an effect on illness perception and mental adjustment to cancer. There was a close intertwined relationship between illness perception and mental adjustment to cancer, including all

subscales. The Self-Regulatory Model developed by Leventhal et al. was also confirmed in oncology patients receiving chemotherapy.

Holistic biopsychosocial medical approach and supportive practices are of great importance in oncology. For this reason, it is important to understand how cancer patients perceive their illness and how they try to cope with it. In this way, patients who choose negative coping methods can be identified, adequate support can be provided, and their quality of life and treatment compliance can be improved.

It has been observed that instead of scales that are too long and difficult to understand, such as MAC, it is possible to examine both illness perception and mental adjustment to cancer with formulas created with linear regression models with only BIPQ. We recommend that these evaluations should be performed to provide appropriate early psychosocial support. New researches may be planned to test this hypothesis in the future.

**Keywords:** Cancer, illness perception, mental adjustment to cancer, self-regulatory model

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Tıp alanındaki önemli gelişmelere rağmen, kanser günümüzde ciddi bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Kanser hastalarda yaşamsal bir krize neden olmaktadır. Tanı sonrasındaki tedavi sürecinde hastalar fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik birçok sorun ile karşı karşıya kalırlar. Uygulanan tedavinin yan etkileri, başarılı olup olmayacağına dair belirsizlik, hastalık remisyonda ise hastalığın tekrarlama ihtimali gibi konular hastalar ve yakınları için ciddi tıbbi ve psikososyal sorunlara neden olur.

Kanser tedavisinde şifa sağlama ve yaşamı uzatma kadar hastaların semptom kontrolü ve hayat kalitesinin artırılması da hedeflenir. Hastalara yönelik biyopsikososyal bütüncül tıbbi yaklaşım ve bakım veren aile bireylerini de içeren destekleyici uygulamalar büyük önem taşımaktadır. Multidisipliner yürütülen psikolojik destek hastanın uyum sağlamasını kolaylaştırırken sosyal yaşamını, ilişkilerini ve iletişimini geliştirir.

Kemoterapi alan kanser hastalarında korku, üzüntü ya da endişeden, ciddi kaygı ve depresyona kadar değişkenlik gösterebilen çeşitli psikolojik sorunlar ortaya çıkabilir. Bu sorunlar zaman zaman kanser ve tedavisine ilişkin tıbbi sorunlarla uğraşan hekimlerin dikkatinden kaçabilir. Hasta ve ailesine ruhsal destek verilmesi, hekimler için zorlayıcı bir süreçtir.

Hastaların stresle başa çıkma yöntemleri ve uyuma yönelik yaklaşımları pek çok bireysel özelliğe bağlıdır. Bunların arasında hastalık algısı ve hastalığa karşı verilen tepkiler ayrı bir yere sahiptir. Bazı hastalar kendi iç dünyalarında yaşadıklarını sağlık çalışanlarına ifade etmekte zorlanır. Özellikle negatif başa çıkma yöntemlerini seçen hastaların tedavi uyumu bozulabilir. Bu nedenle hastaların hastalıklarını nasıl algıladığını ve bu süreci nasıl yönetmeye çalıştığını anlamak, negatif algıları olan ya da negatif başa çıkma yöntemlerini seçen hastaları belirlemek ve gereken hastalara destek vermek, hastaların hayat kalitesini ve tedavi uyumunu arttırabilir.

#### 3.1. Amaç

Ülkemizde hastalık algısı ölçekleri ve kansere tepki tarzı ölçeği ile kanser hastalarında hastalık algısı ve başa çıkma yöntemlerini farklı ölçeklerle karşılaştıran çalışmalar olmasına rağmen hastaların algılarının başa çıkma yöntemleri ve kansere tepki tarzı üzerine etkisini inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Dünya literatürüne baktığımızda ise bu konuda

yapılmış iki çalışma mevcuttur. Bu çalışmalardan birine sadece palyatif bakım alan hastalar dahil edilmişken, diğerine ise sadece %20'si tedavi alan hastalar dahil edilmiştir (1,2).

Bu çalışmaya sadece kemoterapi uygulanan kanser hastaları alınmıştır. Bu çalışma, bu hasta grubunda hastalık algısı, kansere tepki tarzı, bunlara etki eden faktörler ve hastalık algısının kansere tepki tarzıyla ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya sadece kemoterapi alan hastalar alınarak remisyonda olan, yeni tanı almış tedavisiz ya da sadece destek tedavisi alan hastaları da dahil eden diğer çalışmalara göre örneklemin kısmen daha az heterojen olması amaçlanmıştır. Ayrıca tedavi sürecinde hastane ortamına, diğer hastalarla ve personelle etkileşime, kemoterapi protokolüne ve yaşanan yan etkilere bağlı olarak hastalık algısı ve kansere tepki tarzının etkilenebileceği, bunun yanında ruhsal sorunların daha sık yaşanabileceği ön görülmüştür.

### **3.2. Hipotezler**

- 1- Geriatrik olmayan erişkin hastalarda mücadeleci ruh daha belirgindir.
- 2- Kadın hastalarda erkeklere göre mücadeleci ruh daha belirgindir.
- 3- Eğitim düzeyi ileri olan (lisans ve üzeri) hastalarda diğer hastalara göre mücadeleci ruh daha belirgindir.
- 4- Hastalık evresi (erken/ileri) kansere verilen tepki tarzı üzerinde belirleyicidir.
- 5- Hastalık algısı kansere verilen tepki tarzı üzerinde belirleyicidir.

## 4. GENEL BİLGİLER

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 2016 verilerine göre dünyada prematür ölümlerin (30-69 yaş) en sık nedeni kardiyovasküler hastalıklarken (40,8%) en sık ikinci nedeni ise kanserdir (29,8%). Bu verilere göre tüm dünyada ölümlerin 9%'u kansere bağlı gelişmektedir (3). International Agency for Research on Cancer verilerine göre 2018'de dünyada 18 milyon yeni kanser tanısı, 9,55 milyon kansere bağlı ölüm bildirilmiştir. Her 5 erkekten 1'i, her 6 kadından 1'i yaşamı sırasında kanser tanısı almaktadır. Dünyada erkeklerde sırasıyla akciğer (14,5%), prostat (13,5%), kolorektal (10,9%), mide (7,2%) ve karaciğer kanseri (6,3%); kadınlarda sırasıyla meme (24,2%), kolorektal (9,5%), akciğer (8,4%), korpus uteri (6,6%) ve tiroid (5,1%) en sık görülen kanserlerdir (4).

Türkiye'de 2018'de 210.537 kişi kanser tanısı almış, 116.710 kişi kansere bağlı hayatını kaybetmiştir. Türkiye'de kanser insidansı 225,1 / 100000'dir. Cinsiyete göre erkeklerde insidans 284,2 / 100000, kadınlarda insidans 182,3 / 100000'dir. Erkeklerde sırasıyla en sık akciğer (24.7%), prostat (14.6%), kolorektal (9.7%), mesane (8.1%) ve mide kanseri (6.2%), kadınlarda sırasıyla meme (24.4%), tiroid (11.5%), kolorektal (9.3%), korpus uteri (6%) ve akciğer kanseri (5.8%) görülmektedir (4).

Günümüzde kanser tedavisinde cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi gibi yöntemler kullanılmaktadır. Metastazı olmayan hastalarda tam şifa hedefi ile bu yöntemler tek başlarına ya da birlikte kullanılabilirler. Metastatik kanseri olan hastalarda ise kanser hücrelerinin daha fazla ilerlemesinin önüne geçilmesi, mevcut kitlelerin küçültülmesi ve semptomatik fayda elde edilmesi hedeflenmektedir. Günümüzde kanser farkındalığının artması, tarayıcı programların artması ve erken tanı sağlayan teknolojik gelişmeler sayesinde geçmiş yıllara nazaran daha uzun sağ kalım ve şifa şansı artmıştır. Bu nedenle tedavi süreci ve sonrasında gerek hastalık ve tedavisine bağlı oluşan yan etkiler ve fonksiyon kayıpları gerekse hastalığa bağlı gelişen psikososyal problemler önem arz etmektedir.

İngiltere'de 2297 kanser hastası ve 143 doktor ile yapılan çalışmada doktorlar tarafından hastaların psikiyatrik morbiditelerini algılayabilme yetenekleri test edilmiştir. Çalışma sonucunda doktorların hastalarının 34.7%'sinin içinde bulunduğu psikiyatrik durumu doğru yorumlayamadığı görülmüştür (5).

Hastaların stresle başa çıkma yöntemleri ve uyuma yönelik yaklaşımları pek çok bireysel özelliğe bağlıdır. Bunların arasında hastalık algısı ve hastalığa karşı verilen tepkiler ayrı bir

yere sahiptir. Bu alanda yapılan değişik çalışmalar ve tanımlanmış modeller bulunmaktadır. Bu çalışmada öz düzenleyici model temel alınmıştır.

#### 4.1. z Düzenleyici Model

20. yüzyılın ikinci yarısı itibari ile klinik psikoloji alanındaki çalışmalar hızlanmıştır. Özellikle medikal tedavilere ve koruyucu hekimlik yaklaşımlarına uyum ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmıştır. Leventhal ve arkadaşları 1980 ve öncesinde tedavi ve koruyucu hekimlik uygulamalarında hastaların uyumsuzluğu ile ilgili medikal ve davranışsal modelleri incelemiştir (6-8). Medikal model hastalığa bağlı mortalite ve morbiditeyi, şıfayı ve bunlara neden olan patofizyolojik etkenleri önemsemektedir. nemli olan hastaların ne kadarının tedavilerini sürdürdüğü ve tedavi sonuçlarıdır. Davranışsal model ise medikal modelin ve öz düzenleyici modelinin arasında yer almaktadır. Bu modelde hastaların tedaviye ya da koruyucu hekimlik uygulamalarına uyum sağlaması için çeşitli yöntemler geliştirmeye çalışılır. Genelde bir operatör bulunur. Bu operatör uyumu düzenli olarak denetler, yönlendirmeler yapar ve sürecin işleyip işlemediği ile ilgilenir. Ancak uzun vadede operatörün ortadan kalkması durumunda hastanın uyumunun bozulma ihtimali yüksektir. Operatör ortadan kalktığında hasta kendi algısı ve başa çıkma yöntemlerine göre hareket etmeye başlayabilir ve bu durumda kazanımlar büyük lde kaybedilebilir. Her iki modelde de hastaların hastalık ve tedavi hakkındaki düşünceleri, uygun başa çıkma yöntemlerini seçip seçemedikleri ön planda değildir. Hastaların hastalık hakkındaki algıları, başa çıkma yöntemleri ve bunları belirlerken arka planda işleyen mekanizmaları açıklamaya çalışmazlar ve hastaların uyum problemlerinin altında yatan sorunları özlemek öncelikli hedefleri değildir.

Leventhal ve arkadaşları medikal ve davranışsal modellerin hastanın uyumunu arttırmada yetersiz olduğunu düşünerek öz düzenleyici modeli geliştirmişlerdir. Bu modelde hastaların karşılaştıkları tehdede karşı nasıl algı oluşturdukları, tehditlerle nasıl başa çıkmaya çalıştıkları, kendilerine nasıl hedef belirledikleri açıklanmaya çalışılır. Diğer modellerden farklı olarak öz düzenleyici model farklı koruyucu hekimlik alanlarında, farklı hastalıklarda ve farklı tedavilerde uygulanabilir bir modeldir. Model oluşturulurken o döneme kadar yapılan birçok çalışmadan ve özellikle hipertansiyon ve lenfoma tedavisi alan hastalarda yapılan incelemelerden yararlanılmıştır (6).

Bu modelde hastalar herhangi bir nedene bağlı gelişen yakınmalar ortaya çıktıktan sonra tipik olarak hasta olup olmadıklarına dair şüphelenmeye başlar. Tehdede bağlı oluşan semptom ve bulgulardan, medyadan, sosyal çevrelerinden, sağlık çalışanlarından, geçmiş hastalık

tecrübelerinden yola çıkarak tehdidi kimliklendirmeye, nedeni anlamaya çalışırlar ve tıbbi yardım için sağlık merkezlerine başvururlar (9,10).

Hipertansiyon hastalarıyla yapılan görüşmelerde hastaların hastalıklarını akut, kronik ya da siklik olarak tanımladıkları tespit edilmiştir. Tansiyonlarının ev ya da iş stresine bağlı yükseldiğini düşünen hastalar, hastalıklarını akut; yemek yedikten sonra ya da bir şeyler içtikten sonra tansiyonlarının yükseldiğini düşünen hastalar, hastalıklarını siklik; uzun zamandır semptomları olan ve hastalığın ileri yaşa ya da herediter nedenlere bağlı olduğunu düşünen hastaların hastalıklarını kronik olarak tanımladıklarını tespit edilmiştir (6).

Gerek hipertansiyon gerekse lenfoma çalışmalarında hastaların vücutlarındaki ve semptomlarındaki değişikliklere göre hastalığın kontrol altında olup olmadığına karar verdikleri görülmüştür. Hipertansiyonu olan hastalarda baş ağrısı siktir ve hastalar başları ağrıdığı tansiyonlarının çıktığını anlayabilir. Tedavi olarak verilen ilaçlardan sonra baş ağrıları azaldığı zaman hastalıklarının kontrol altında olduğunu, baş ağrısının azalmaması durumunda ise tedavinin yetersiz geldiğini düşünürler. Ele gelen lenfadenopatileri ya da tutulum bölgesinde ağrısı olan lenfoma hastaları tedavi sonrasında lenfadenopatilerin non-palpabl hale gelmesi ya da ağrıların geçmesi durumunda hastalıklarının kontrol altında olduğunu düşünmektedir (6).

Hastalığa bağlı gelişen sonuçlar ve hayatı etkileme düzeyleri önem arz eder. Tip II diyabet hastalığının tanı sonrası ilk yıllarında hastalarda periferik nöropati ya da retinopati semptomları olmayabilir ya da miyokard enfarktüsü geçirmeyebilirler. Bu nedenle hastalar sıkı glisemik kontrol için uygun diyetle riayet etmeyebilir. Ancak bu bulgular geliştiğinde hastanın hayatı etkilenmeye başlar. Bunlar başlarına geldiğinde ise hastalığa yaklaşımları değişebilir. Bazı hastalarda ise yaklaşım çok farklı olabilir. Yeni diyabet tanısı aldıklarında internette ve komşularından edindikleri bilgiler doğrultusunda miyokard enfarktüsü geçirip ölmekten ya da diyabetik ayak nedeniyle ayak amputasyonundan korkabilirler ya da diyabeti olup kronik böbrek hastalığı nedeniyle düzenli diyalize giren bir akrabaları varsa zihinlerinde oluşacak korku ve endişe bile bu hastaların diyet uyumuna azami önem göstermesini sağlayabilir.

Bu modelde hastalar algıları doğrultusunda tehditlere karşı planlar oluşturur ve bu doğrultuda tehdit ile başa çıkmaya çalışır. Hastalar daha sonra mevcut aksiyonlarının ve tedavilerinin sonuçlarının planlarına uygunluğunu değerlendirir. Değerlendirme sonuçlarına göre mevcut aksiyonlarının başarılı olmadığını düşünen hastalar algılarını, başa çıkma yöntemlerini ve planlarını değiştirir. Bu döngü sürekli olarak devam eder. Bu nedenle model, dinamik ve çok katmanlı bir yapıya sahiptir. Gerek hastalık algısı gerekse seçilen başa çıkma yöntemleri bireye özgüdür. Aynı tehdit ile karşılaşan bireylerde bile farklılık gösterebilir. Bu

modelde algıyla ilgili her ne kadar çeşitli kategorizasyonlar yapılmış olsa da her bir kategori diğeri ile ilişkilidir. Hastaların seçtikleri başa çıkma yöntemleri üzerine de ayrı ayrı etkileri vardır. Leventhal ve arkadaşları, duygusal temsillerin de kognitif temsiller ile paralellik gösterdiğini düşünmektedir (8).

#### **4.2. Hastalık Algısı Ölçekleri (HAÖ)**

Öz düzenleyici model geliştirilirken hastalık algılarının tespiti için açık uçlu sorular sorulmuştur. Bu şekilde görüşmeler yapılmasının ve değerlendirilmesinin zor ve uzun olması nedeniyle bu model referans alınarak Weinman ve arkadaşları tarafından 1996 yılında The Illness Perception Questionnaire (HAÖ, Hastalık Algısı Ölçeği) geliştirilmiştir. Bu ölçek hastaların, hastalık hakkında oluşturdukları kognitif temsilleri ölçmeye çalışır. Kimlik (identity), neden (cause), süre (timeline), sonuçlar (consequences), şifa / kontrol (cure / control) olmak üzere 5 alt ölçekten meydana gelir. HAÖ'nün kimlik alt ölçeğinde hastaların semptomları ve hastalıkları ile ilişkilendirmeleri sorgulanmaktadır. 12 sık görülen semptom Bowling ve arkadaşlarının çalışmasından esinlenerek belirlenmiştir (11). Hastalar semptomların sıklığı ile ilgili “asla” seçeneği ile “her zaman” seçeneği arasında seçim yaparlar. Puanlar toplanarak kimlik ölçeğinin puanı hesaplanır. Diğer alt ölçeklerde ise hastalar sorulan sorulara “kesinlikle katılmıyorum” ile “kesinlikle katılıyorum” arasında seçim yaparak cevap verirler. Bu bölümlerde ise elde edilen toplam puan soru sayısına bölünerek alt ölçek puanı hesaplanır. Miyokard enfarktüsü geçirmiş hastalar, kronik yorgunluk sendromu olan hastalar, romatoid artritli olan hastalar, diyabetli hastalar, kronik ağrısı olan hastalar, böbrek yetersizlikli hastalar ve astımlı hastalarda ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir. Kimlik alt ölçeği skoru yüksek olanlarda süre ve sonuçlar alt ölçeklerinde de skorların yüksek olduğu görülmüştür. Sonuçlar ve kontrol alt ölçeklerinde yüksek skoru alan hastalarda süre alt ölçeğinde de yüksek skor tespit edilmiştir (12).

2002 yılında Rona Moss-Morris, John Weinman ve arkadaşları tarafından HAÖ'nün süre alt ölçeğinin ve şifa / kontrol alt ölçeklerinin diğer alt ölçeklere göre güvenilirliklerinin daha düşük olması, duygusal algıyı ve hastanın hastalığı anlama düzeyini ölçmemesi nedeniyle Revize Hastalık Algısı Ölçeği (RHAÖ) geliştirilmiştir. Süre alt ölçeği akut/kronik ve sıklık olarak iki alt ölçeğe bölünmüştür. Şifa / kontrol alt ölçeği tedavi kontrolü ve kişisel kontrol olarak iki alt ölçeğe bölünmüştür. Leventhal'in öz düzenleyici modelinde duygusal algılar kognitif algılar ile paralellik gösterir ve hastaların duygu odaklı başa çıkma yöntemlerinde belirleyicidir. HAÖ'de bu algı boyutu değerlendirmeye alınmamıştır. Bunun bir eksiklik olduğunun düşünülmesi nedeniyle RHAÖ'ye duygusal temsiller alt ölçeği eklenmiştir.

Hastaların hastalıklarını ne düzeyde anladıkları ve bir bakımdan da kendi hastalık algılarını ne kadar yeterli bulduklarının ölçülmesi için hastalığı anlama alt ölçeği eklenmiştir. Astım, diyabet, romatoid artrit, kronik ağrı, akut ağrı, miyokard enfarktüsü, multipl skleroz ve HIV hastaları ile geçerlilik çalışması yapılmıştır. Tedavi kontrolü, kişisel kontrol ve hastalığı anlama alt ölçek skorları yüksek olan hastaların süre ve sonuçlar alt ölçeklerinde daha düşük skorlar tespit edilmiştir. Kontrol alt ölçeklerindeki skorlar ile hastalığı anlama ölçeği skorlarının korele olduğu tespit edilmiştir.

2005 yılında RHAÖ'nün uzun olması ve performansı düşük hastalarda uygulanmasının zor olması nedeniyle Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (Brief Illness Perception Questionnaire) geliştirilmiştir. Miyokard infarktüsü, kronik böbrek hastalığı, tip II diyabet, astım, minor hastalıklar (allerji, soğuk algınlığı, baş ağrısı), tanı öncesi stres gibi geniş bir yelpazeden oluşan hasta grubunda geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir. Gerek HAÖ gerekse RHAÖ gibi ölçekte yer alan "hastalık" kelimesi diyabet, kalp yetersizliği, hipertansiyon gibi kelimelerle değiştirilerek kullanılabilir. Alt ölçek skorlarının RHAÖ alt ölçek skorları ile korele olduğu gösterilmiştir. İlginç olarak diyabet hastalarında kişisel kontrol skoru yüksek olan hastaların kan şekeri regülasyonunun daha iyi olduğu, tedavi kontrolü skoru yüksek olan hastalarda ise kan şekeri regülasyonunun daha kötü olduğu görülmüştür (13). Tuğba Karataş ve arkadaşları tarafından 2016'da 135 kanserli hastayla yapılan çalışmada Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) Türkçe validasyonunun güvenilir olduğu gösterilmiştir (14).

Hastalık algısı ölçekleri ile birçok psikometrik ölçüm ölçeği sonuçlarını karşılaştıran çalışma bulunmaktadır.

Tülay Kuş ve arkadaşlarının 2017'de metastatik olmayan 225 meme kanserli hastasıyla yaptığı çalışmada KHAÖ ile Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri, Kuzey Karolayna Fonksiyonel Sosyal Destek Ölçeği skorları karşılaştırılmıştır. Hastalık evresi ve hastalık süresi ile hastalık algısı alt ölçekleri arasında herhangi bir korelasyon gösterilememiştir. Fonksiyonel sosyal destek ile tedavi ve kişisel kontrol arasında pozitif korelasyon görülürken, sonuçlar, süre, kimlik, endişe ve hastalığı anlama arasında negatif korelasyon görülmüştür. Anksiyete ve depresyon envanterlerinin skorları ile tedavi ve kişisel kontrol arasında negatif korelasyon görülürken, sonuçlar, süre, kimlik, endişe ve hastalığı anlama arasında pozitif korelasyon görülmüştür (15).

Yunanistan'da %53.9'u kemoterapi alan 206 hastada RHAÖ güvenilirlik çalışması yapılırken RHAÖ skorları ile Beck Depresyon Envanteri skorları karşılaştırılmıştır. Multipl regresyon analizinde sonuçlar, duygusal temsil ve kimlik alt ölçeklerinde yüksek skor tespit edilen hastalarda depresyon envanterinde de depresyon tespit edilmiştir. Kemoterapi alan ve

almayanların skorları karşılaştırıldığında ise kemoterapi alan hastaların sonuçlar, duygusal temsil, süre alt ölçek skorlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (16).

Farklı kültürlerdeki hastalık algısı da farklı olabilir. Nadia Popov ve arkadaşlarının İsrail'de yaptıkları bir çalışmada 59.4%'ü kemoterapi alan 77 Yahudi ve 67 Rus hastanın hastalık algıları karşılaştırılmıştır. Rus hastaların hastalıklarının daha uzun (süre alt ölçeği) süreceğini ve hastalıktan daha fazla etkilendiklerini (sonuçlar alt ölçeği) belirttikleri görülmüştür (17).

Kanser hastalarının yaşadıkları gerek fiziksel gerekse psikolojik sorunlar hayat kalitelerini bozmaktadır. Bu nedenle hayat kalitesine etki eden hastalık algılarının belirlenmesi önemlidir. 501 prostat kanserli hasta ile yapılan çalışmada hastalık algısı ile hayat kalitesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Global hayat kalitesinin, duygusal temsiller ve sonuçlar alt ölçeği ile negatif korelasyon; fiziksel işlevlerin sonuçlar alt ölçeği ile negatif korelasyon; rol işlevlerinin duygusal temsiller alt ölçeği ile negatif korelasyon; duygusal işlevlerin duygusal temsiller ile pozitif korelasyon; kognitif işlevlerin duygusal temsiller, hastalığı anlama ve sonuçlar alt ölçeği ile negatif korelasyon; sosyal işlevlerin ise sonuçlar alt ölçeği ile negatif korelasyon gösterdiği tespit edilmiştir (18).

#### **4.3. Kansere Tepki Tarzı Ölçeği (KTTÖ)**

Gerek öz düzenleyici modelin gelişiminden önce gerekse sonra bir çok hastalık ya da sosyal durum için hastaların başa çıkma yöntemlerini değerlendiren ölçekler geliştirilmiştir. 1988 yılında Watson ve arkadaşları tarafından bu amaçla kansere tepki tarzı ölçeği geliştirilmiştir (19). Burada 5 farklı başa çıkma yöntemi değerlendirilir. Pozitif başa çıkmayı mücadeleci ruh alt ölçeği temsil ederken negatif başa çıkmayı çaresizlik/ümitsizlik, endişeli bekleyiş, kadercilik alt ölçekleri temsil eder.

Günümüzde birçok dile çevrilmiştir ve gerek tek başına gerekse diğer ölçeklerle birlikte dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. İzzet Natan ve arkadaşlarının 270 kanser hastasında KTTÖ'nün güvenilirlik çalışmasını yapmış ve Türkçe versiyonunun uygulanabilir olduğunu göstermiştir (20).

Türkiye'de 190 jinekolojik kanserli hastada KTTÖ ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmada da sosyal desteği yüksek olan hastalarda mücadeleci ruh alt ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu, çaresiz/ümitsiz, endişeli bekleyiş ve kaderci alt ölçek puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür (21).

Bir Fransız çalışmasında ise %50.8'si ileri evrede olan farklı sistemlerden kaynaklanan 317 kanser hastasında KTTÖ ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği arasındaki ilişki incelenmiştir. Sonucunda gerek depresyon gerekse anksiyete skorlarının çaresiz / ümitsiz, endişeli bekleyiş ve kaderci alt ölçekleri ile korele, mücadeleci ruh alt ölçeği ile ters korele olduğu görülmüştür (22).

Tamamı şifa olmuş 238 Çinli kanser hastasının incelendiği bir başka çalışmada KTTÖ ile Kanserden Kurtulan Hastalar - Hayat Kalitesi Ölçeği arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma sonucunda hayat kalitesinin mücadeleci ruh alt ölçeği ile pozitif, kadercilik ölçeği ile negatif korelasyon gösterdiği tespit edilmiştir (23).

#### **4.4. Hastalık Algısı Ölçekleri ve Kansere Tepki Tarzı Ölçeği Arasındaki İlişki**

2015 yılında Hollanda'da farklı sistem kanserleri bulunan 325 hastada, KTTÖ ve RHAÖ ile ölçeklerin kendi içinde yer alan alt ölçekleri arasındaki ilişki multipl regresyon analizleri ile incelenmiştir. Bu çalışmaya alınan hastaların %20'si bir yıl içinde tedavi almış %41'i sadece cerrahi tedavi, 15%'i cerrahi dışı tedaviler almışken, 7%'si hiçbir tedavi almamıştır. Son 12 ay içinde tedavi alan hastaların, son 12 ay içinde tedavi almayanlara göre hastalıklarını daha kronik olarak düşündükleri ve hastalıktan daha çok etkilendikleri görülmüştür. Cerrahi tedavi uygulanmayan hastaların uygulananlara göre hastalıklarını daha kronik olduğunu düşündükleri tespit edilmiştir. Mücadeleci ruh ile herhangi bir RHAÖ alt ölçeği arasında ilişki ortaya konulamamıştır. Çaresizlik/ümitsizlik alt ölçeği ile RHAÖ süre, sonuçlar, duygusal temsiller alt ölçekleri arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir. Endişeli bekleyiş ile RHAÖ süre (akut/kronik), sonuçlar, duygusal temsiller arasında pozitif; hastalığı anlama alt ölçeği ile negatif ilişki tespit edilmiştir. Kadercilik ile RHAÖ süre (akut/kronik), sonuçlar, duygusal temsil alt ölçekleri arasında pozitif, hastalığı anlama arasında negatif ilişki tespit edilmiştir. İnkâr ile RHAÖ alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Herhangi bir KHAÖ alt ölçeği ile RHAÖ'nün tedavi ya da kişisel kontrol alt ölçekleri arasında ilişki kurulamamıştır. Hastalığının kronik olduğunu düşünen hastalarda negatif başa çıkma yöntemlerinin daha baskın olduğu görülmüştür (2).

## 5. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya kemoterapi alan kanser hastaları dahil edilmiştir. 01/11/2019-30/04/2020 tarihleri arasında, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı gündüz tedavi ünitelerinde ya da yataklı kliniklerinde tedavi alan hastalar alınmıştır. Çalışma için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Tarih: 10/10/2019, Karar No: İ4-136-19).

### 5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 1) Son 6 ay içinde kemoterapi almış olan ya da kemoterapi almaya devam eden kanser hastalar
- 2) Birinci basamak kemoterapi protokolü almakta olan hastalar

### 5.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- 1) Kurtarma protokolü alan hastalar
- 2) Kranial metastazı olan hastalar
- 3) Performansı kötü olan hastalar (ECOG: 3-4)
- 4) Ağır psikiyatrik hastalığı olan hastalar

İbni Sina Hastanesi ve Cebeci Hastanesi gündüz tedavi ünitelerinde tedavi sonrasında hemşire odasında, yataklı klinikte hasta odasında, kabul eden hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi ile anket formları doldurulmuştur.

Kanser tipi ve kanser evresi arşivden hasta dosyaları incelenerek kaydedilmiştir. Hastaların sosyoekonomik ve demografik özellikleri ile ilgili sorular araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur (Ek 1). Hastalık algısı KHAÖ ile (Ek 2), başa çıkma yöntemleri ve kansere verilen tepki tarzı ise Kansere Tepki Tarzı Ölçeği (KTTÖ) ile değerlendirilmiştir (Ek 3). Toplam soru sayısı 58'dir.

### 5.3. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ)

2005 yılında Weimann ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. 9 alt ölçekten oluşur ve RHAÖ'den farklı olarak her ölçekte bir soru yer alır (13). Bunlar:

- 1) Sonuçlar (Consequences): Hastaya ‘‘Hastalığınız hayatınızı ne kadar etkilemekte?’’ sorusu yöneltilmektedir. Hastalığın ciddiyetini ve hastalığın fiziksel, sosyal ve psikolojik fonksiyonlar üzerindeki etkilerini ölçer.
- 2) Süre (Timeline): Hastaya ‘‘Hastalığınızın ne kadar süreceğini düşünüyorsunuz?’’ sorusu yöneltilmektedir. Hastanın, hastalığının ne kadar süre devam edeceğine dair tahminini sorgular.
- 3) Kişisel Kontrol (Personal Control): Hastaya ‘‘Hastalığınız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu hissediyorsunuz?’’ sorusu yöneltilmektedir. Hastanın, hastalığı üzerindeki kontrolüne olan inancı sorgulanır.
- 4) Tedavi Kontrolü (Treatment Control): Hastaya ‘‘Tedavinizin hastalığınıza ne ölçüde yardımcı olabileceğini düşünüyorsunuz?’’ sorusu yöneltilmektedir. Hastanın tedavinin faydasına olan inancı sorgulanır.
- 5) Kimlik (Identity): Hastaya ‘‘Hastalığınıza bağlı şikayetleri hangi ölçüde yaşıyorsunuz?’’ sorusu yöneltilmektedir. Hastanın, hastalığı etiketlendirmesi ve hastalığa bağlı yaşadığı semptomların yoğunluğu sorgulanmaktadır.
- 6) Endişe (Concern): Hastaya ‘‘Hastalığınız için ne kadar endişelisiniz?’’ sorusu yöneltilmektedir. Hastanın hastalığı hakkındaki endişe düzeyini sorgular.
- 7) Hastalığı Anlama (Illness Coherence): Hastaya ‘‘Hastalığınızın ne olduğunu ne kadar iyi anladınız?’’ sorusu yöneltilmektedir. Hastalığını ne kadar anladığını sorgular.
- 8) Duygusal Temsil (Emotional Representation): Hastaya ‘‘Hastalığınız duygusal olarak sizi ne kadar etkilemekte? (ör: Sizi sinirli, ürkek, üzüntülü veya çökkün yapıyor mu?)’’ sorusu yönlendirilmektedir. Hastanın duygusal olarak etkilenme düzeyi sorgulanır.
- 9) Neden (Cause): Hastanın, hastalığının nedenleri hakkındaki fikirlerini sorgular. Açık uçlu bir sorudur ve hastadan önem sırasına göre hastalığına neden olabileceğini düşündüğü şeyleri yazması istenir.

HAÖ ve RHAÖ’den farklı olarak 9. soru hariç diğer sorulara Likert 11’li lineer skala ile (0-10) cevap verilir. Sonuçlar, süre, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, kimlik alt ölçekleri kognitif algıları, duygusal temsiller ve endişe alt ölçekleri duygusal algıları ölçmektedir. Hastalık nedeninin sorgulandığı soruda ise hastalığı ile ilişkilendirdiği 3 neden açık uçlu olarak sorulur (13).

#### 5.4. Kansere Tepki Tarzı Ölçeği (KKTÖ)

Watson ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan kansere tepki tarzı ölçeği 5 farklı başa çıkma yöntemini değerlendirilir (19). Bunlar:

- 1) Mücadeleci Ruh (Fighting Spirit): Hastanın, kanser ile mücadele etme isteğini ölçer. 16 sorudan oluşmaktadır. Bu grupta kanser tanısını kabullenmiş ve tanısını söylemekten imtina etmeyen hastalar yer alır. Ellerinden geldiğince hastalıkları ile bilgi edinmeye çalışırlar. Hastalıklarını bir mücadele olarak görürler ve olumlu bir tutum sürdürürler.
- 2) Çaresizlik/Ümitsizlik (Helplessness / Hopelessness): Hastalığın kontrol edilebileceğine dair inançsızlığı ölçer. 6 sorudan oluşur. Bu gruptaki hastalar kanser tanısının içinde adeta kaybolurlar. Kanser dışında bir şey düşünmekte zorlanırlar. Normal hayat düzenleri bozulur. Sürekli akıllarında kanser oldukları ve ölüm korkusu yer alır.
- 3) Endişeli Bekleyiş (Anxious Preoccupation): Hastalığın kontrolüyle ilgili belirsizlik düşüncesini ve hastalığa bağlı endişeyi ölçer. 9 sorudan oluşur. Hastalarda yoğun anksiyete mevcuttur, depresyon eşlik edebilir. Kanser hakkında yeni bilgiler edinmeye çalışırlar ancak bu bilgileri olumsuz şekilde yorumlarlar. Ağrı gibi semptomları hastalığın tekrarı ya da ilerlemesi olarak yorumlarlar. Alternatif tıp gibi diğer yollarla çözüm bulmaya çalışırlar.
- 4) Kadercilik (Fatalism): Hastalığın kontrolüne olan inançsızlığı ölçer. 8 sorudan oluşur. Bu gruptaki hastalar kanser olduklarını kabullenmiştir ve hastalık ile ilgili yeni bilgiler edinmek istemezler. Kaderci bir tutulum içindedirler, normal hayatlarına devam etmeye çalışırlar. Hastalığın kontrol edilebilirliğine inançları düşüktür.
- 5) İnkâr (Avoidance / Denial): Hastanın kanser tanısını inkâr düzeyini ölçer. Bu gruptaki hastalar kanser tanısını kabullenmek istemezler ya da tanıyı kabullenseler de hastalığın ciddiyetini küçümserler ya da inkâr ederler.

KKTÖ'de sorulara Likert ölçeği (1-kesinlikle bana uymuyor, 2-bana uymuyor, 3-bana uyuyor, 4-kesinlikle bana uyuyor) kullanılarak cevap verilir. Alt ölçeklerdeki sorulardan gelen puanlar toplanarak alt ölçek toplam puanı bulunur. Pozitif başa çıkmayı mücadeleci ruh alt ölçeği temsil ederken negatif başa çıkmayı çaresizlik/ümitsizlik, endişeli bekleyiş, kadercilik alt ölçekleri temsil eder (19).

Çalışmada multipl lineer regresyon analizi yapılması planlanmıştır. Gereken örneklem büyüklüğü hesaplanırken bu analiz için uygunluk esas alınmıştır. Hastalık algısının kansere tepki tarzı üzerindeki etkisinin değerlendirilebilmesi için KTTÖ'nin her bir alt ölçeği bağımlı değişken, KHAÖ'nin her bir alt ölçeği bağımsız değişken ve ek olarak diğer demografik özellikler ve hastalık özelliklerine göre düzeltme yapabilmek için yaş, cinsiyet, kanser tipi, hastalık evresi (erken/ileri), eğitim durumu, gelir durumu, kanser dışı kronik hastalık varlığı ise bağımsız değişken kabul edilerek 8 bağımsız değişken ile multipl regresyon analizleri yapılması planlanmıştır. 0,95 güç, 0,05 hata payı,  $f^2$  etki tipi ve orta düzeyde etki boyutu beklentisi ile ( $f^2 = .15$ ) örneklem büyüklüğünün 160 olması gerektiği hesaplanmıştır.

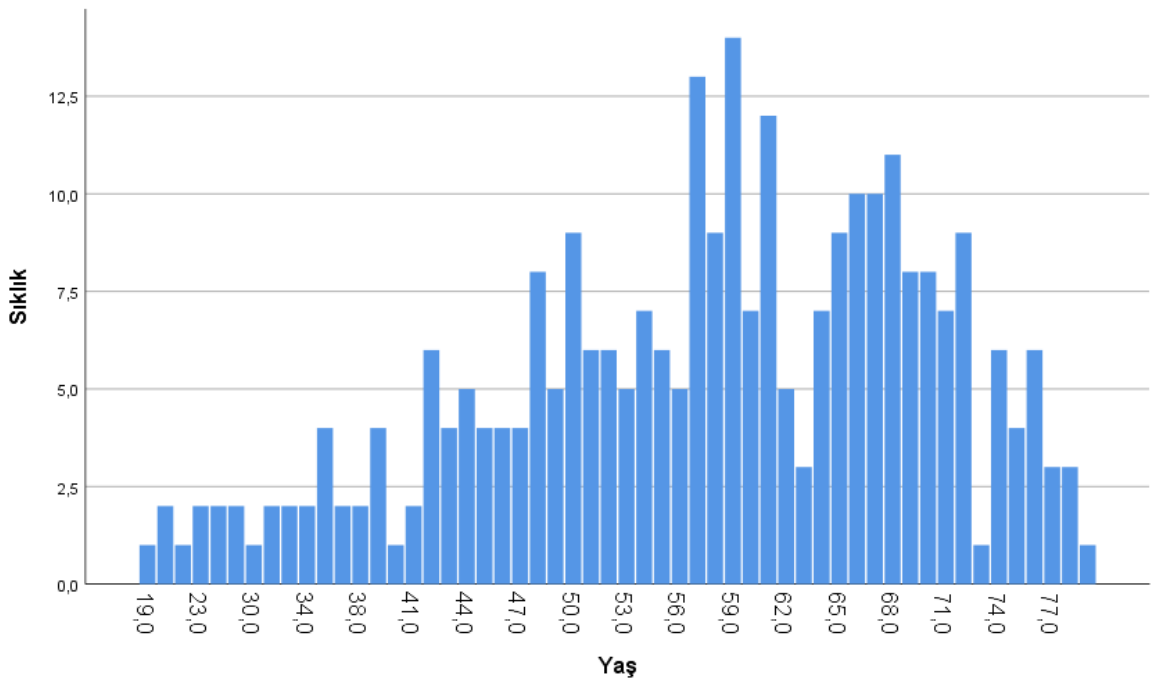
### 5.5. İstatistiksel Analiz Yöntemleri

İstatistiksel analiz için SPSS 26.0 for Windows programı kullanıldı. Sürekli değişkenlerin normallik analizi Kolmogorov-Smirnov testi ve beraberinde tanımlayıcı istatistiklerden skewness ve kurtosis ile değerlendirildi. Normal dağılım gösteren gruplarda parametrik testler kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler ortalama±standart sapma ( $AO\pm SS$ ) olarak verildi. Bağımsız iki grupta sayısal değişkenlerin farklılık analizi Student's t testi ile yapıldı. Bağımsız ikiden fazla grupta sayısal değişkenlerin farklılık analizi One-Way Anova testi ve alt grup analizi Bonferroni analizi ile yapıldı. Sürekli değişkenlere etki eden faktörlerin bağımsız etkisi multipl lineer regresyon analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi  $p<0,05$  olarak kabul edildi.

## 6. BULGULAR

### 6.1. Hastaların Özellikleri

Çalışmaya katılan 282 hastanın özellikleri Tablo 6.1’de sıralanmıştır. Şekil 6.1’de görüldüğü üzere çalışmaya alınan hastaların yaşı 19-87 arasındaydı ve ortalaması 57,1’di ( $SS=12,9$ ). Hastaların %66’sının ( $n=186$ ) yaşı 65’den küçüktü. Hastaların %53,9’u ( $n=152$ ) erkekti. Erkeklerin yaş ortalaması 59,3 ( $SS=12,6$ ), kadınların yaş ortalaması 54,6’ydı ( $SS=12,9$ ). Erkeklerin yaş ortalaması kadınlardan daha büyüktü ( $t(280)=-3,03, p=,003$ ).



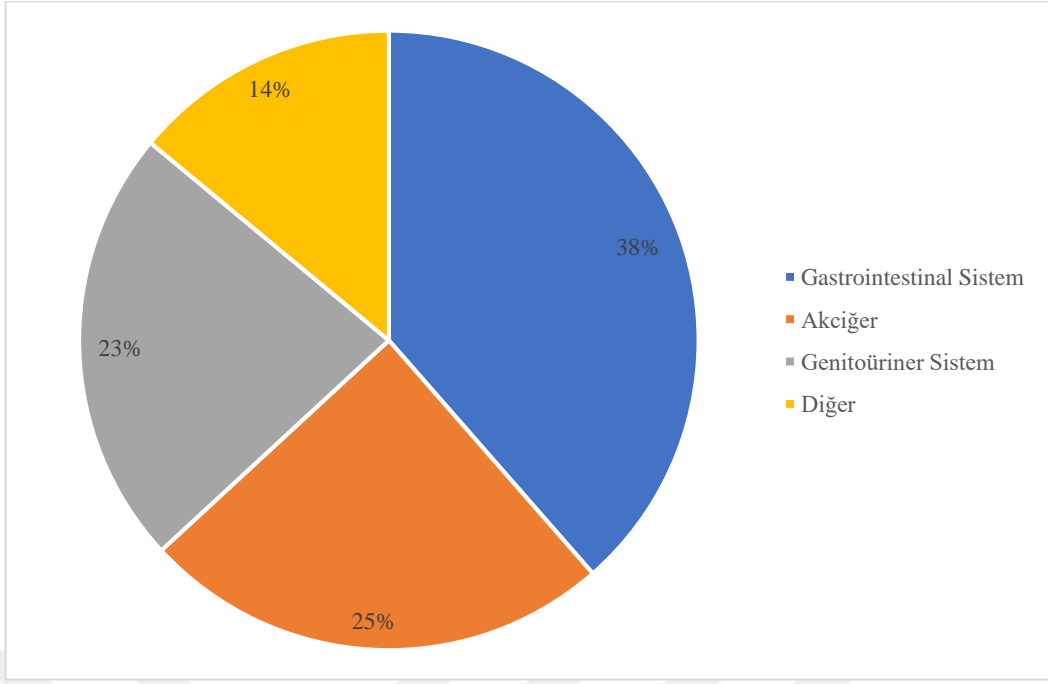
Şekil 6.1. Yaş dağılımı

Hastaların %80,5’i ( $n=227$ ) evliydi. Hastaların büyük çoğunluğu (%81,2) çalışmıyordu. %28,7’si ( $n=81$ ) üniversite mezunuyken geri kalanı ilköğretim ya da lise mezunuydu. %33,3’ünün ( $n=94$ ) gelirinin giderinden fazlayken geri kalanının geliri giderine eşit ya da düşüktü. %77,3’ünün ( $n=218$ ) kanser tanısı olan yakını (akraba, arkadaş vs) vardı. %28’inin ( $n=79$ ) kanser dışında kronik hastalığı vardı. %17’si ( $n=48$ ) psikiyatrik ilaç kullanmaktaydı.

**Tablo 6.1.** Demografik özellikler

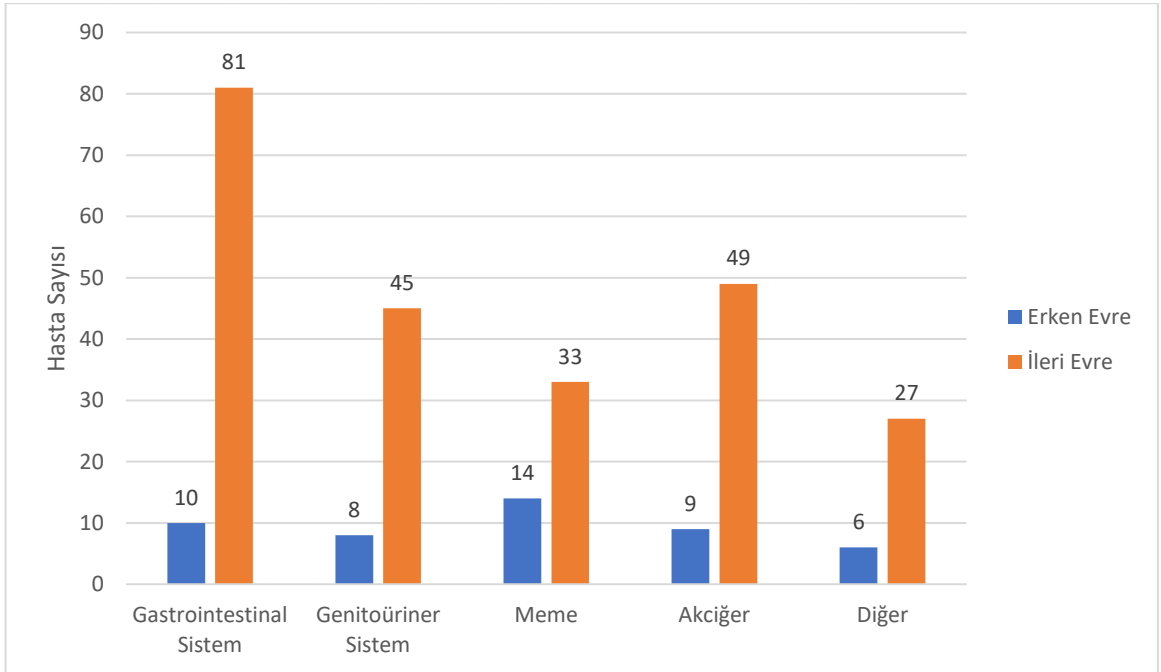
	n(%)
<b>Yaş</b>	
<65 yaş	186 (%66)
≥65 yaş	96 (%34)
<b>Cinsiyet</b>	
Kadın	130 (%46,1)
Erkek	152 (%53,9)
<b>Medeni Hal</b>	
Evli	227 (%80,5)
Bekâr	55 (%19,5)
<b>Çalışma Durumu</b>	
Çalışıyor	53 (%18,8)
Çalışmıyor	229 (%81,2)
<b>Eğitim Düzeyi</b>	
İlköğretim ve Lise	201 (%71,3)
Üniversite	81 (%28,7)
<b>Gelir Durumu</b>	
Gelir ≤ Gider	250 (%88,7)
Gelir > Gider	32 (%11,3)
<b>Yakın Çevresinde Kanser Hastası Varlığı</b>	
Var	218 (%77,3)
Yok	64 (%22,7)
<b>Kanser Dışı Kronik Hastalık Varlığı</b>	
Var	79 (%28)
Yok	203 (%72)
<b>Psikiyatrik İlaç Kullanımı</b>	
Var	48 (%17)
Yok	234 (%83)

Şekil 6.2’de görüldüğü üzere hastaların %32,3’ünde ( $n=91$ ) gastrointestinal sistem kanseri, %18,8’inde ( $n=53$ ) genitoüriner sistem kanseri, %16,7’sinde ( $n=47$ ) meme kanseri, %20,6’sında ( $n=58$ ) akciğer kanseri ve %11,7’sinde ( $n=33$ ) diğer kanserler vardı.



**Şekil 6.2.** Kanser tiplerinin dağılımı

Şekil 6.3’de kanser evrelerine (erken/ileri) göre hastaların dağılımı gösterildi. Hastaların büyük çoğunluğunda ileri evre hastalık (%83,3) vardı.



**Şekil 6.3.** Kanser evresi

## 6.2. Hastaların Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) Sonuçları

KHAÖ verileri alt ölçeklere göre Tablo 6.2’de özetlenmiştir. Sonuçlar alt ölçeği ortalaması 6,6 ( $SS=2,7$ ), süre alt ölçeği ortalaması 5,6 ( $SS=3,2$ ), kişisel kontrol alt ölçeği ortalaması 5,4 ( $SS=3,1$ ), tedavi kontrolü alt ölçeği ortalaması 7,9 ( $SS=2,2$ ), kimlik alt ölçeği ortalaması 5,5 ( $SS=2,8$ ), endişe alt ölçeği ortalaması 6,1 ( $SS=3,2$ ), anlama alt ölçeği ortalaması 8,4 ( $SS=2,4$ ), duygusal temsil alt ölçeği ortalaması 6,7 ( $SS=3,1$ ) olarak saptandı.

Neden alt ölçeğindeki açık uçlu soruya verilen cevaplardan hastaların en önemli gördüğü neden dikkate alındı. Hastaların %17’sinin ( $n=50$ ) cevap vermediği, cevap verenler arasında %53,4’ünün ( $n=124$ ) psikolojik nedenleri, %41,8’inin ( $n=97$ ) risk faktörlerini, %3,4’ünün ( $n=8$ ) bağışıklık sistemi sorunlarını, %1,3’ünün ( $n=3$ ) kaza/şansı en önemli neden olarak belirttiği saptandı.

**Tablo 6.2.** Kısa Hastalık Algısı Ölçeği sonuçları

	ortalama±ss
Sonuçlar	6,6±2,7
Süre	5,6±3,2
Kişisel Kontrol	5,4±3,1
Tedavi Kontrolü	7,9±2,2
Kimlik	5,5±2,8
Endişe	6,1±3,2
Anlama	8,4±2,4
Duygusal Temsil	6,7±3,1
Neden	<b>n(%)</b>
Psikolojik	124 (%53,4)
Risk Faktörleri	97 (%41,8)
Diğer	11 (%4,7)
Kaza/Şans	3 (%1,3)

### 6.3. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Sonuçlarını Etkileyen Faktörler

**Yaş:** Altmış beş yaş ve üzerindeki hastalar ( $AO=6,2$ ,  $SS=3,2$ ) diğerlerine göre ( $AO=5,2$ ,  $SS=3,2$ ) hastalıklarının daha uzun süreceğini düşünmekteydi ( $t(280)=-2,33$ ,  $p=,02$ ). Semptomlar bu geriatrik grupta ( $AO=6,2$ ,  $SS=2,9$ ) diğerlerine göre ( $AO=5,2$ ,  $SS=2,8$ ) daha belirgindi ( $t(280)=-2,94$ ,  $p=,004$ ). Geriatrik hastalar ( $AO=6,6$ ,  $SS=3,1$ ) diğerlerine göre ( $AO=5,7$ ,  $SS=3,2$ ) daha endişeliydi ( $t(280)=-2,26$ ,  $p=,024$ ). Altmış beş yaşın altındaki hastalar ( $AO=8,2$ ,  $SS=2,1$ ) uygulanan tedavinin başarısına geriatriklere göre ( $AO=7,4$ ,  $SS=2,3$ ) daha fazla inanmaktaydı ( $t(280)=2,90$ ,  $p=,004$ ). Geriatrik olmayan hastalar hastalığı kontrol edebileceklerine ( $AO=5,9$ ,  $SS=3$ ), geriatriklere göre ( $AO=4,3$ ,  $SS=3,1$ ) daha fazla inanmaktaydı ( $t(280)=4,09$ ,  $p=<,001$ ). Geriatrik hastalar en önemli kanser nedeni olarak daha sıklıkla risk faktörlerini (%46,7), diğerler hastalar ise psikolojik nedenleri (%57,3) seçmişti ( $X^2(3)=10,08$ ,  $p=,014$ ). Bulgular Tablo 6.3'te gösterilmiştir.

**Tablo 6.3.** Yaşa göre Kısa Hastalık Algısı Ölçeği sonuçları

Kısa Hastalık Algısı Ölçeği	Yaş		P Değeri
	<65	≥65	
	<b>ortalama±ss</b>		
Sonuçlar	6,4±2,6	6,9±2,8	0,121
Süre	5,2±3,2	6,2±3,2	0,02*
Kişisel Kontrol	5,9±3	4,3±3,1	<0,001*
Tedavi Kontrolü	8,2±2,1	7,4±2,3	0,004*
Kimlik	5,2±2,8	6,2±2,9	0,004*
Endişe	5,7±3,2	6,6±3,1	0,024*
Anlama	8,4±2,3	8,4±2,7	0,831
Duygusal Temsil	6,5±3,2	7,1±2,9	0,127
Neden	<b>n(%)</b>		
Psikolojik	90 (%57,3)	34 (%45,3)	
Risk Faktörleri	62 (%39,5)	35 (%46,7)	0,014*
Bağıışıklık Sistemi	2 (%1,3)	6 (%8)	
Kaza/Şans	3 (%1,9)	-	

\*  $p<,05$

**Cinsiyet:** Kadınların ( $AO=6,5$ ,  $SS=3$ ) erkeklere ( $AO=5,7$ ,  $SS=3,3$ ) göre daha endişeli olduğu görüldü ( $t(280)=2,12$ ,  $p=,035$ ). Kadınlar en önemli kanser nedeni olarak daha sıklıkla psikolojik nedenleri (%68,3), erkekler ise risk faktörlerini (%52,3) seçmişti ( $X^2(3)=19,28$ ,  $p<,001$ ). Bulgular Tablo 6.4'te gösterilmiştir.

**Tablo 6.4.** Cinsiyete göre Kısa Hastalık Algısı Ölçeği sonuçları

	Cinsiyet		P Değeri
	Kadın	Erkek	
<b>Kısa Hastalık Algısı Ölçeği</b>	<b>ortalama±ss</b>		
Sonuçlar	6,7±2,4	6,4±2,8	0,445
Süre	5,3±3,1	5,7±3,3	0,291
Kişisel Kontrol	5,8±3,2	5±3,1	0,054
Tedavi Kontrolü	8±2,1	7,8±2,3	0,599
Kimlik	5,6±2,8	5,4±2,9	0,546
Endişe	6,5±3	5,7±3,3	0,035*
Anlama	8,7±2,4	8,2±2,4	0,055
Duygusal Temsil	6,8±3,1	6,5±3,1	0,392
Neden	<b>n(%)</b>		
Psikolojik	71 (%68,3)	53 (%41,4)	
Risk Faktörleri	30 (%28,8)	67 (%52,3)	<0,001*
Bağıışıklık Sistemi	1 (%1)	7 (%5,5)	
Kaza/Şans	2 (%1,9)	1 (%0,8)	

\*  $p<,05$

**Eğitim Durumu:** Semptomlar ilköğretim ya da lise mezunlarında ( $AO=5,8$ ,  $SS=2,7$ ) üniversite mezunlarına göre ( $AO=4,9$ ,  $SS=3$ ) göre daha belirgindi ( $t(280)=-2,45$ ,  $p=,015$ ). İlköğretim ya da lise mezunları ( $AO=6,3$ ,  $SS=3,2$ ) üniversite mezunlarına ( $AO=5,3$ ,  $SS=2,9$ ) göre daha endişeliydi ( $t(280)=-2,43$ ,  $p=,016$ ). Duygusallık ilköğretim ve lise mezunlarında ( $AO=7$ ,  $SS=3,1$ ) üniversite mezunlarına ( $AO=5,9$ ,  $SS=3$ ) göre daha belirgindi ( $t(280)=2,68$ ,  $p=,008$ ). Bulgular Tablo 6.5'te gösterilmiştir.

**Tablo 6.5.** Eğitim durumuna göre Kısa Hastalık Algısı Ölçeği sonuçları

Kısa Hastalık Algısı Ölçeği	Eğitim Durumu		P Değeri
	İlköğretim, Lise	Üniversite	
	ortalama±ss		
Sonuçlar	6,6 ± 2,7	6,4 ± 2,6	0,664
Süre	5,7 ± 3,2	5,3 ± 3,2	0,357
Kişisel Kontrol	5,4 ± 3,3	5,2 ± 2,8	0,624
Tedavi Kontrolü	7,8 ± 2,4	8,1 ± 1,8	0,224
Kimlik	5,8 ± 2,7	4,9 ± 3	0,015*
Endişe	6,3 ± 3,2	5,3 ± 2,9	0,016*
Anlama	8,2 ± 2,5	8,8 ± 2,1	0,066
Duygusal Temsil	7 ± 3,1	5,9 ± 3	0,008*
Neden	n(%)		
Psikolojik	46 (%62,2)	78 (%49,4)	
Risk Faktörleri	24 (%32,4)	73 (%46,2)	0,249
Bağışıklık Sistemi	3 (%4,1)	5 (%3,2)	
Kaza/Şans	1 (%1,4)	2 (%1,3)	

\*  $p<,05$

**Gelir Durumu:** Geliri giderinden fazla olan hastalar ( $AO=8,8$ ,  $SS=1,5$ ) olmayanlara göre ( $AO=7,8$ ,  $SS=2,3$ ) uygulanan tedavinin başarısına daha çok inanıyorlardı ( $t(280)=2,59$ ,  $p=,01$ ). Geliri giderinden daha fazla olan hastalar en önemli kanser nedeni olarak daha sıklıkla psikolojik nedenleri (%55,7), diğer hastalar ise daha sıklıkla risk faktörlerini (%51,6) seçmişti ( $X^2(3)=9,65$ ,  $p=,033$ ). Bulgular Tablo 6.6’da gösterilmiştir.

**Tablo 6.6.** Gelir durumuna göre Kısa Hastalık Algısı Ölçeği sonuçları

Kısa Hastalık Algısı Ölçeği	Gelir Durumu		P Değeri
	Gelir<=Gider	Gelir>Gider	
	<b>ortalama±ss</b>		
Sonuçlar	6,6 ± 2,7	6,5 ± 2,4	0,961
Süre	5,5 ± 3,2	5,7 ± 3,3	0,797
Kişisel Kontrol	5,3 ± 3,1	5,7 ± 3,1	0,517
Tedavi Kontrolü	7,8 ± 2,3	8,8 ± 1,5	0,010*
Kimlik	5,6 ± 2,8	5,1 ± 3	0,318
Endişe	6,1 ± 3,2	5,9 ± 3,3	0,737
Anlama	8,4 ± 2,5	8,8 ± 1,8	0,399
Duygusal Temsil	6,7 ± 3,1	6,6 ± 2,9	0,280
Neden	<b>n(%)</b>		
Psikolojik	12 (%38,7)	112 (%55,7)	
Risk Faktörleri	16 (%51,6)	81 (%40,3)	0,033
Bağışıklık Sistemi	1 (%3,2)	7 (%3,5)	
Kaza/Şans	2 (%6,5)	1 (%0,5)	

\*  $p<,05$

**Kanser Tipi:** Kanser tipi ile KHAÖ alt ölçekleri arasında anlamlı düzeyde herhangi bir ilişki yoktu (Tablo 6.7).

**Tablo 6.7.** Kanser tipini göre Kısa Hastalık Algısı Ölçeği sonuçları

Kısa Hastalık Algısı Ölçeği	GİS	GÜS	Meme	Akciğer	Diğer	P Değeri
	<b>ortalama±ss</b>					
Sonuçlar	6,1±2,8	7±2,8	6,4±2,3	6,8±2,6	6,9±2,5	0,268
Süre	5,6±3,2	5,3±3,4	5,7±3	5,3±3,4	6,0±3,2	0,877
Kişisel Kontrol	5,8±3,3	4,9±3,4	5,6±2,9	4,9±2,8	5,6±3	0,312
Tedavi Kontrolü	7,9±2,4	7,5±2,2	7,7±2	8,1±2,1	8,2±2,2	0,643
Kimlik	5,3±2,7	5,1±3,2	5,7±2,7	5,9±2,6	6,1±3,1	0,310
Endişe	5,4±3,2	6,7±3,2	6,3±2,8	6,2±3,3	6,5±3,3	0,125
Anlama	8,2±2,3	8,5±3,2	9,1±1,5	8,5±2,3	7,8±2,6	0,109
Duygusal Temsil	6,1±3,2	7±3,2	6,8±3,1	6,9±2,9	7,1±2,8	0,268
Neden	<b>n(%)</b>					
Psikolojik	42 (%46,2)	18 (%34)	30 (%63,8)	22 (%37,9)	12 (%36,4)	
Risk Faktörleri	27 (%29,7)	21 (%39,6)	10 (%21,3)	26 (%44,8)	13 (%39,4)	0,091
B. Sistemi	5 (%5,5)	-	-	2 (%3,4)	1 (%3)	
Kaza/Şans	2 (%2,2)	-	-	1 (%1,7)	-	

\* p<,05

**Kısaltmalar:**

GİS: Gastrointestinal Sistem

GÜS: Genitoüriner Sistem

B. Sistemi: Bağışıklık Sistemi

**Kanser Evresi:** Uygulanan tedavinin başarısına inanç düzeyi ileri evre hastalığı olanlarda ( $AO=7,8$ ,  $SS=2,2$ ) erken evre ( $AO=8,6$ ,  $SS=2,2$ ) hastalığı olanlara göre daha azdı ( $t(280)=2,28$ ,  $p=,026$ ). Bulgular Tablo 6.8’de gösterilmiştir.

**Tablo 6.8.** Kanser evresine göre Kısa Hastalık Algısı Ölçeği sonuçları

Kısa Hastalık Algısı Ölçeği	Evre		P Değeri
	Erken	İleri	
	<b>ortalama±ss</b>		
Sonuçlar	6,1±2,9	6,6±2,6	0,255
Süre	4,8±3,4	5,7±3,2	0,067
Kişisel Kontrol	5,9±3,7	5,3±3	0,219
Tedavi Kontrolü	8,6±2,2	7,8±2,2	0,026*
Kimlik	5,1±3,5	5,6±2,7	0,234
Endişe	5,5±3,5	6,2±3,1	0,219
Anlama	8,5±2,5	8,4±2,4	0,702
Duygusal Temsil	6,6±3,4	6,7±3	0,959
Neden	<b>n(%)</b>		
Psikolojik	18 (%52,9)	106 (%53,5)	
Risk Faktörleri	14 (%41,2)	83 (%41,9)	0,928
Bağışıklık Sistemi	1 (%2,9)	7 (%3,5)	
Kaza/Şans	1 (%2,9)	2 (%1)	

\*  $p<,05$

#### 6.4. Hastaların Kansere Tepki Tarzı Ölçeği (KTTÖ) Sonuçları

KTTÖ sonuçları incelendiğinde mücadeleci ruh alt ölçeği ortalamasının 48,7 ( $SS=7$ ), çaresizlik/ümitsizlik alt ölçeği ortalamasının 11,8 ( $SS=3,5$ ), endişeli bekleyiş alt ölçeği ortalamasının 23,9 ( $SS=3,5$ ), kadercilik alt ölçeği ortalamasının 20 ( $SS=3,6$ ), inkar alt ölçeği ortalamasının 2,4 ( $SS=0,9$ ) olduğu görüldü. Bulgular Tablo 6.9’da gösterilmiştir.

**Tablo 6.9.** Kansere Tepki Tarzı Ölçeği sonuçları

	ortalama±ss
Mücadeleci Ruh	48,7±7
Çaresizlik / Ümitsizlik	11,8±3,5
Endişeli Bekleyiş	23,9±3,5
Kadercilik	20±3,6
İnkâr	2,4±0,9

Her bir KTTÖ alt ölçeği skoru soru sayısına bölünerek hastaların genel olarak hangi başa çıkma yöntemine eğilim gösterdiği incelendi. Hastalarda mücadeleci ruhun en yüksek ( $AO=3,05$ ,  $SS=0,44$ ) çaresizlik/ümitsizliğin en düşük ( $AO=1,97$ ,  $SS=0,59$ ) olduğu görüldü. Bulgular Tablo 6.10’da gösterilmiştir.

**Tablo 6.10.** Kansere tepki tarzı eğilimi

	ortalama±ss
Mücadeleci Ruh	3,05±0,44
Çaresizlik / Ümitsizlik	1,97±0,59
Endişeli Bekleyiş	2,66±0,39
Kadercilik	2,5±0,46
İnkâr	2,4±0,9

## 6.5. Hastaların Kansere Tepki Tarzı Ölçeği Sonuçlarını Etkileyen Faktörler

**Yaş:** Geriatrik olmayan hastalarda ( $AO=49,7$ ,  $SS=6,7$ ) geriatriklere göre ( $AO=46,9$ ,  $SS=7,2$ ) mücadeleci ruh daha belirgindi ( $t(280)=3,23$ ,  $p=,001$ ). Geriatrik hastalarda ( $AO=12,8$ ,  $SS=3,7$ ) geriatrik olmayan hastalara göre ( $AO=11,3$ ,  $SS=3,4$ ) çaresizlik/ümitsizlik daha belirgindi ( $t(280)=-3,38$ ,  $p=,001$ ). Bulgular Tablo 6.11’de gösterilmiştir.

**Tablo 6.11.** Yaşa göre Kansere Tepki Tarzı Ölçeği sonuçları

	Yaş		P Değeri
	<65	≥65	
	<b>ortalama±ss</b>		
Mücadeleci Ruh	49,7±6,7	46,9±7,2	0,001*
Çaresizlik / Ümitsizlik	11,3±3,4	12,8±3,7	0,001*
Endişeli Bekleyiş	24±3,7	23,7±3,1	0,478
Kadercilik	19,7±3,7	20,6±3,6	0,052
İnkâr	2,3±0,9	2,5±0,9	0,281

\*  $p<,05$

**Cinsiyet:** Kadınlarda ( $AO=49,8$ ,  $SS=7,2$ ) erkeklere ( $AO=47,9$ ,  $SS=6,7$ ) göre mücadeleci ruhun daha belirgin olduğu görüldü ( $t(280)=2,25$ ,  $p=,026$ ). Kadınlarda ( $AO=24,4$ ,  $SS=3,5$ ) erkeklere ( $AO=23,5$ ,  $SS=3,5$ ) göre endişeli bekleyişin daha belirgin olduğu görüldü ( $t(280)=2,17$ ,  $p=,031$ ). Bulgular Tablo 6.12’de gösterilmiştir.

**Tablo 6.12.** Cinsiyete göre Kansere Tepki Tarzı Ölçeği sonuçları

	Cinsiyet		P Değeri
	Kadın	Erkek	
	<b>ortalama±ss</b>		
Mücadeleci Ruh	49,8±7,2	47,9±6,7	0,026*
Çaresizlik / Ümitsizlik	11,6±3,6	12±3,5	0,293
Endişeli Bekleyiş	24,4±3,5	23,5±3,5	0,031*
Kadercilik	19,8±3,5	20,1±3,8	0,540
İnkâr	2,4±1	2,4±0,9	0,922

\*  $p<,05$

**Eğitim Durumu:** İlköğretim ve lise mezunlarında ( $AO=12,2$ ,  $SS=3,7$ ) çaresizlik/ümitsizlik üniversite mezunlarına göre ( $AO=10,8$ ,  $SS=3,1$ ) daha belirgindi ( $t(280)=-3,02$ ,  $p=,003$ ). İlköğretim ve lise mezunları ( $AO=20,5$ ,  $SS=3,6$ ) üniversite mezunlarına göre ( $AO=18,7$ ,  $SS=3,6$ ) daha kaderciydi ( $t(280)=-3,76$ ,  $p=<,001$ ). Bulgular Tablo 6.13'te gösterilmiştir.

**Tablo 6.13.** Eğitim durumuna göre Kansere Tepki Tarzı Ölçeği sonuçları

	Eğitim Durumu		P Değeri
	İlköğretim, Lise	Üniversite	
	<b>Ortalama ± SS</b>		
Mücadeleci Ruh	48,5 ± 6,8	49,5 ± 7,4	0,282
Çaresizlik / Ümitsizlik	12,2 ± 3,7	10,8 ± 3,1	0,003*
Endişeli Bekleyiş	24,1 ± 3,6	23,5 ± 3,4	0,146
Kadercilik	20,5 ± 3,6	18,7 ± 3,6	<0,001*
İnkâr	2,4 ± 0,9	2,3 ± 0,9	0,538

\*  $p<,05$

**Gelir Durumu:** Geliri giderine eşit veya az olan hastaların ( $AO=20,2$ ,  $SS=3,5$ ) geliri giderinden fazla olanlara göre ( $AO=18,6$ ,  $SS=4,2$ ) daha kaderciydi olduğu görüldü ( $t(280)=-2,24$ ,  $p=0,02$ ). Bulgular Tablo 6.14'te gösterilmiştir.

**Tablo 6.14.** Gelir durumuna göre Kansere Tepki Tarzı Ölçeği sonuçları

	Gelir Durumu		P Değeri
	Gelir≤Gider	Gelir>Gider	
	<b>ortalama±ss</b>		
Mücadeleci Ruh	48,5 ± 6,8	50,8 ± 8,1	0,081
Çaresizlik / Ümitsizlik	11,9 ± 3,5	10,7 ± 3,8	0,061
Endişeli Bekleyiş	23,9 ± 3,5	24 ± 3,8	0,871
Kadercilik	20,2 ± 3,5	18,6 ± 4,2	0,020*
İnkâr	2,4 ± 0,9	2,2 ± 1	0,193

\*  $p<,05$

**Kanser Tipi:** Kanser tipi ile KTTÖ alt ölçekleri arasında herhangi bir ilişki yoktu (Tablo 6.15).

**Tablo 6.15.** Kanser tipine göre Kansere Tepki Tarzı Ölçeği sonuçları

	GİS	GÜS	Meme	Akciğer	Diğer	P Değeri
	ortalama±ss					
Mücadeleci Ruh	48,9±6,5	47,8±7,1	50,5±6,8	47,4±7,4	50±7,5	0,128
Çaresizlik/Ümitsizlik	11,5±3,6	12,4±3,7	11,4±3,6	11,9±3,2	12,2±3,6	0,466
Endişeli Bekleyiş	23,8±3,5	24,1±3,1	24,3±3,6	23,6±3,7	24,1±3,7	0,835
Kadercilik	19,8±3,5	20,2±3,7	19,6±3,8	19,9±3,5	20,7±3,9	0,723
İnkâr	2,4±0,9	2,6±0,8	2,3±1	2,3±0,9	2,3±1	0,455

\* p<,05

**Kısaltmalar:**

GİS: Gastrointestinal Sistem

GÜS: Genitoüriner Sistem

**Kanser Evresi:** Kanser evresi ile kansere tepki tarzı arasında ilişki yoktu. Bulgular Tablo 6.16’da gösterilmiştir.

**Tablo 6.16.** Kanser evresine göre Kansere Tepki Tarzı Ölçeği sonuçları

	Evre		P Değeri
	Erken	İleri	
ortalama±ss			
Mücadeleci Ruh	49,4±7,1	48,6±7	0,483
Çaresizlik / Ümitsizlik	11±3,8	11,9±3,5	0,112
Endişeli Bekleyiş	23,5±3,3	24±3,5	0,340
Kadercilik	19,5±3,4	20,1±3,7	0,298
İnkâr	2,3±0,9	2,4±0,9	0,469

\* p<,05

## 6.6. Hastalık Algısı ile Kansere Tepki Tarzı Arasındaki İlişki

Hastalık algısının kansere tepki tarzı üzerindeki etkisinin değerlendirilebilmesi için KTTÖ'nin her bir alt ölçeği bağımlı değişken, KHAÖ'nin her bir alt ölçeği bağımsız değişken ve ek olarak diğer demografik özellikler ve hastalık özelliklerine göre düzeltme yapabilmek için yaş, cinsiyet, kanser tipi, hastalık evresi (erken/ileri), eğitim durumu, gelir durumu, kanser dışı kronik hastalık varlığı ise bağımsız değişken kabul edilerek 8 bağımsız değişken ile multipl regresyon analizleri yapıldı. Sonuçlar Tablo 6.17'de gösterilmiştir.

KTTÖ'nün mücadeleci ruh alt ölçeği skorundaki varyansın KHAÖ alt ölçeklerinin skorları ile hangi oranda açıklanabileceği incelendi. Sonuçlar alt ölçeğinin yer aldığı model %11,5 ( $R^2 = ,115$ ,  $F(11,270)= 3,19$ ,  $p<,001$ ), süre alt ölçeğinin yer aldığı model %13,4 ( $R^2 = ,134$ ,  $F(11,270)= 3,79$ ,  $p<,001$ ), kişisel kontrol alt ölçeğinin yer aldığı model %12,3 ( $R^2 = ,123$ ,  $F(11,270)= 3,44$ ,  $p<,001$ ), tedavi kontrolü alt ölçeğinin yer aldığı model %13,9 ( $R^2 = ,139$ ,  $F(11,270)= 3,95$ ,  $p<,001$ ), kimlik alt ölçeğinin yer aldığı model %10,7 ( $R^2 = ,107$ ,  $F(11,270)= 2,94$ ,  $p=,001$ ), endişe alt ölçeğinin yer aldığı model %18,4 ( $R^2 = ,184$ ,  $F(11,270)= 5,52$ ,  $p<,001$ ), anlama alt ölçeğinin yer aldığı model %9,8 ( $R^2 = ,098$ ,  $F(11,270)= 2,67$ ,  $p=,003$ ), duygusal temsil alt ölçeğinin yer aldığı model %14,5 ( $R^2 = ,145$ ,  $F(11,270)= 4,18$ ,  $p<,001$ ) oranında varyansı açıklamaktaydı. Kişisel kontrole inancın (Kişisel Kontrol  $\beta=,533$ ,  $p<,001$ ), tedavi kontrolüne inancın (Tedavi Kontrolü  $\beta=,842$ ,  $p<,001$ ) ve hastalığı anlama düzeyinin (Anlama  $\beta=,491$ ,  $p=,004$ ) mücadeleci ruha pozitif etki ettiği, hastalık sonuçlarından etkilenme düzeyinin (Sonuçlar  $\beta=-,563$ ,  $p<,001$ ), beklenen hastalık süresinin (Süre  $\beta=-,563$ ,  $p<,001$ ), semptomların (Kimlik  $\beta=-,486$ ,  $p=,001$ ), endişe düzeyinin (Endişe  $\beta=-,772$ ,  $p<,001$ ) ve duygusallığın (Duygusal Temsil  $\beta=-,634$ ,  $p<,001$ ) negatif etki ettiği görüldü. Mücadeleci ruh ile en önemli kanser nedeni arasında ilişki olmadığı görüldü.

KTTÖ'nün çaresizlik/ümitsizlik alt ölçeği skorundaki varyansın KHAÖ alt ölçeklerinin skorları ile hangi oranda açıklanabileceği incelendi. Sonuçlar alt ölçeğinin yer aldığı model %13,6 ( $R^2 = ,136$ ,  $F(11,270)= 3,86$ ,  $p<,001$ ), süre alt ölçeğinin yer aldığı model %21,7 ( $R^2 = ,217$ ,  $F(11,270)= 6,79$ ,  $p<,001$ ), kişisel kontrol alt ölçeğinin yer aldığı model %18,4 ( $R^2 = ,184$ ,  $F(11,270)= 5,54$ ,  $p<,001$ ), tedavi kontrolü alt ölçeğinin yer aldığı model %22,7 ( $R^2 = ,227$ ,  $F(11,270)= 7,2$ ,  $p<,001$ ), kimlik alt ölçeğinin yer aldığı model %16,6 ( $R^2 = ,166$ ,  $F(11,270)= 4,88$ ,  $p<,001$ ), endişe alt ölçeğinin yer aldığı model %19,5 ( $R^2 = ,195$ ,  $F(11,270)= 5,94$ ,  $p<,001$ ), anlama alt ölçeğinin yer aldığı model %10,6 ( $R^2 = ,106$ ,  $F(11,270)= 2,91$ ,  $p=,001$ ), duygusal temsil alt ölçeğinin yer aldığı model %19,4 ( $R^2 = ,194$ ,  $F(11,270)= 5,90$ ,  $p<,001$ ) oranında varyansı açıklamaktaydı. Hastalık sonuçlarından etkilenme düzeyinin (Sonuçlar  $\beta=,291$ ,  $p<,001$ ), beklenen hastalık süresinin (Süre  $\beta=,403$ ,  $p<,001$ ), semptomların

(Kimlik  $\beta=,356$ ,  $p<,001$ ), endişe düzeyinin (Endişe  $\beta=,377$ ,  $p<,001$ ) ve duygusallığın (Duygusal Temsil  $\beta=,379$ ,  $p<,001$ ) pozitif etki ettiği görüldü. Kişisel kontrole inancın (Kişisel Kontrol  $\beta=-,363$ ,  $p<,001$ ), tedavi kontrolüne inancın (Tedavi Kontrolü  $\beta=-,606$ ,  $p<,001$ ) ve hastalığı anlama düzeyinin (Anlama  $\beta=-,191$ ,  $p=,027$ ) negatif etki ettiği görüldü. Çaresizlik/ümitsizlik ile en önemli kanser nedeni arasında ilişki olmadığı görüldü.

KTTÖ'nün endişeli bekleyiş alt ölçeği skorundaki varyansın KHAÖ alt ölçeklerinin skorları ile hangi oranda açıklanabileceği incelendi. Sonuçlar alt ölçeğinin yer aldığı model %7,5 ( $R^2 =,075$ ,  $F(11,270)= 2$ ,  $p=,029$ ), süre alt ölçeğinin yer aldığı model %7,5 ( $R^2 =,075$ ,  $F(11,270)= 2$ ,  $p=,028$ ), endişe alt ölçeğinin yer aldığı model %11,6,116,  $F(11,270)= 3,23$ ,  $p<,001$ ), duygusal temsil alt ölçeğinin yer aldığı model %10,2,102,  $F(11,270)= 2,79$ ,  $p=,002$ ) oranında varyansı açıklamaktaydı. Hastalık sonuçlarından etkilenme düzeyinin (Sonuçlar  $\beta=,232$ ,  $p=,003$ ), beklenen hastalık süresinin (Süre  $\beta=,194$ ,  $p=,003$ ), endişe düzeyinin (Endişe  $\beta=,307$ ,  $p<,001$ ) ve duygusallığın (Duygusal Temsil  $\beta=,277$ ,  $p<,001$ ) pozitif etki ettiği görüldü. Endişeli bekleyiş ile kişisel kontrole inanç, tedavi kontrolüne inanç, semptomlar, hastalığı anlama düzeyi ve en önemli kanser nedeni arasında ilişki olmadığı görüldü.

KTTÖ'nün kadercilik alt ölçeği skorundaki varyansın KHAÖ alt ölçeklerinin skorları ile hangi oranda açıklanabileceği incelendi. Sonuçlar alt ölçeğinin yer aldığı model %9,4 ( $R^2 =,094$ ,  $F(11,270)= 2,56$ ,  $p=,004$ ), kişisel kontrol alt ölçeğinin yer aldığı model %11,7 ( $R^2 =,117$ ,  $F(11,270)= 3,26$ ,  $p<,001$ ), tedavi kontrolü alt ölçeğinin yer aldığı model %9,9 ( $R^2 =,099$ ,  $F(11,270)= 2,71$ ,  $p=,002$ ), kimlik alt ölçeğinin yer aldığı model %9,4 ( $R^2 =,094$ ,  $F(11,270)= 2,55$ ,  $p=,004$ ), endişe alt ölçeğinin yer aldığı model %9,3 ( $R^2 =,093$ ,  $F(11,270)= 2,50$ ,  $p=,005$ ), duygusal temsil alt ölçeğinin yer aldığı model %9,4 ( $R^2 =,094$ ,  $F(11,270)= 2,55$ ,  $p=,004$ ), neden alt ölçeğinde en önemli neden olarak psikolojik nedenler seçilip seçilmeme durumunun %10,8 ( $R^2 =,108$ ,  $F(11,270)= 2,96$ ,  $p=,001$ ), neden alt ölçeğinde en önemli neden olarak risk faktörleri seçilip seçilmeme durumunun %9,1,091,  $F(11,270)= 2,47$ ,  $p=,006$ ) oranında varyansı açıklamaktaydı. Hastalık sonuçlarından etkilenme düzeyinin (Sonuçlar  $\beta=,194$ ,  $p=,017$ ), semptomların (Kimlik  $\beta=,194$ ,  $p=,018$ ), endişe düzeyinin (Endişe  $\beta=,159$ ,  $p=,023$ ), duygusallığın (Duygusal Temsil  $\beta=,167$ ,  $p=,017$ ) ve en önemli kanser nedeni olarak psikolojik nedenler seçiminin (Neden – Psikolojik  $\beta=1,405$ ,  $p=,002$ ) pozitif etki ettiği görüldü. Kişisel kontrole inancın (Kişisel Kontrol  $\beta=-,25$ ,  $p<,001$ ), tedavi kontrolüne inancın (Tedavi Kontrolü  $\beta=-,264$ ,  $p=,007$ ) ve en önemli kanser nedeni olarak risk faktörleri seçiminin (Neden – Risk Faktörleri  $\beta=-1,031$ ,  $p=,028$ ) negatif etki ettiği görüldü. Kadercilik ile beklenen hastalık süresi ve hastalığı anlama düzeyi arasında ilişki olmadığı görüldü.

**Tablo 6.17.** Kısa Hastalık Algısı Ölçeği alt ölçekleri ve Kansere Tepki Tarzı Ölçeği alt ölçekleri arasındaki multipl regresyon sonuçları

Kısa Hastalık Algısı Ölçeği	Kansere Tepki Tarzı Ölçeği				
	Mücadeleci Ruh	Çaresizlik / Ümitsizlik	Endişeli Bekleyiş	Kadercilik	İnkâr
Sonuçlar	$\beta=-,563$ $p<,001$	$\beta=,291$ $p<,001$	$\beta=,232$ $p=,003$	$\beta=,194$ $p=,017$	n.s
Süre	$\beta=-,561$ $p<,001$	$\beta=,403$ $p<,001$	$\beta=,194$ $p=,003$	n.s	n.s
Kişisel Kontrol	$\beta=,533$ $p<,001$	$\beta=-,363$ $p<,001$	n.s	$\beta=-,25$ $p<,001$	n.s
Tedavi Kontrolü	$\beta=,842$ $p<,001$	$\beta=-,606$ $p<,001$	n.s	$\beta=-,264$ $p=,007$	n.s
Kimlik	$\beta=-,486$ $p=,001$	$\beta=,356$ $p<,001$	n.s	$\beta=,184$ $p=,018$	n.s
Endişe	$\beta=-,772$ $p<,001$	$\beta=,377$ $p<,001$	$\beta=,307$ $p<,001$	$\beta=,159$ $p=,023$	n.s
Anlama	$\beta=,491$ $p=,004$	$\beta=-,191$ $p=,027$	n.s	n.s	n.s
Duygusal Temsil	$\beta=-,634$ $p<,001$	$\beta=,379$ $p<,001$	$\beta=,277$ $p<,001$	$\beta=,167$ $p=,017$	n.s
Neden – Psikolojik	n.s	n.s	n.s	$\beta=1,405$ $p=,002$	n.s
Neden – Risk Faktörleri	n.s	n.s	n.s	$\beta=-1,031$ $p=,028$	n.s
Neden – Bağışıklık Sistemi	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Neden – Kaza/Şans	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s

n.s anlamsız olan p değerleri için kullanıldı,  $p<0,05$  anlamlı kabul edildi.

## 7. TARTIŞMA

Bu çalışmada kemoterapi uygulanmakta olan hastalarda hastalık algısı, kansere tepki tarzı, bunlara etki eden faktörler ve hastalık algısının kansere tepki tarzıyla ilişkisi araştırıldı.

Çalışmamız daha önce yayınlanan araştırmalara göre pek çok yönden farklı bir tasarıma sahiptir. Öncelikle 282 hastanın %66'sı 65 yaşından gençtir, %53,9'u erkektir ve %83,3'ünde ileri evrede hastalık bulunmaktadır. Ayrıca farklı kanser tiplerinin bulunduğu bu hastaların temel ortak noktası kemoterapi alıyor olmalarıdır. Sadece kemoterapi alan hastaların alınması ile hasta popülasyonunun remisyonda olan, yeni tanı almış tedavisiz ya da sadece destek tedavi alan hasta popülasyonlarına göre kısmen daha az heterojen olması hedeflenmiştir. Kemoterapi uygulanması sürecinde hastane ortamı, diğer hasta ve personelle etkileşim, uygulanan tedavi protokolü ve yan etkilere bağlı olarak kanser algısını ve kansere tepki tarzını etkileyeceği düşünülmüştür. Hastalık algısının kansere tepki tarzıyla ilişkisini araştırarak az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar kanser hastalarını da içeren palyatif bakım hasta grubunda ve büyük çoğunluğu kemoterapi almayan kanserli hastalarda yürütülmüştür (1,2). Bunun yanında, kanser hastalarında tek başına hastalık algısı ya da kansere tepki tarzıyla depresyon, anksiyete ve sosyal desteği karşılaştıran birçok araştırma bulunmaktadır (15, 16, 18, 21-23). Sonuç olarak, araştırma sonuçlarımız özgün niteliktedir ve tümüyle yorumlanmasında literatür verileri eksik kalmaktadır.

### 7.1. Hastalık Algısı

Çalışmaya katılan hastaların tedavinin başarısına olan inançları yüksekti ve tedavi başarısına olan inançları hastalığı kendilerinin kontrol edebileceklerine olan inançlarından daha yüksekti. Ayrıca hastalıklarını iyi anladıklarını düşünüyorlardı. Tümü değerlendirildiğinde en önemli kanser nedeni olarak psikolojik nedenlerin daha sıklıkla seçildiği görülmektedir.

Altmış beş yaş ve üstündeki hastalar, hastalıklarının daha uzun süreceğini düşünmekteydi. Bu hastalarda semptomlar ve endişe daha belirgindi, uygulanan tedavinin başarısına ve hastalığı kontrol edebileceklerine dair inançları daha düşüktü.

Kadınlar en önemli kanser nedeni olarak daha sıklıkla psikolojik nedenleri, erkekler ise risk faktörlerini seçmişti. Kadınlar erkeklere göre daha endişeliydi. Bu farka rağmen iki grup

arasında duygusal etkilenme açısından (sinirlilik, ürkeklik, üzüme ve çökkünlük) farklılık yoktu. Bu sonuç ile duygusal algının farklı boyutlarının olduğu bir kez daha ortaya konmuştur.

Üniversite mezunları semptomlardan daha az yakınmaktaydı ve daha az endişeliydi. Duygusallık ise ilköğretim ve lise mezunlarında daha belirgindi. Üniversite mezunları yüksek sosyokültürel düzeyleri ve çeşitli ilgi alanları sayesinde tedavi döneminde hastalıkları dışındaki konularla ilgilenebiliyor ve hastalık hakkında daha az düşünüyor olabilir.

Geliri giderinden fazla olan hastalar uygulanan tedavinin başarısına daha çok inanıyordu. Ekonomik durumu iyi olan hastaların kendilerini özel sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabilir bireyler olarak hissetmelerinin bu sonuca neden olduğu düşünülebilir.

Uygulanan tedavinin başarısına olan inanç ileri evre hastalığı olanlarda daha azdı. İleri evre kanseri olan hastaların çeşitli kaynaklardan öğrendikleri bilgiler nedeniyle gerçekçi bir değerlendirme ile tedavinin başarısına olan inançları düşük olabilir.

Kanserin tipi ile hastalık algısı arasında herhangi bir ilişki gösterilemedi. Kanser tek başına bir stigma olarak hastaların algılarına yön verebilmektedir. İlginç olarak, hastalık sonuçlarından etkilenme düzeyi (Sonuçlar) ve hastalığı anlama düzeyi (Anlama) ile ilişkili bir özellik belirlenemedi.

Karabulutlu ve arkadaşlarının RHAÖ kullanarak %42,11'i ileri evre 380 aktif tedavi alan (cerrahi, kemoterapi ya da radyoterapi) meme kanseri hastası ile yaptıkları çalışmada çalışmamızdan farklı olarak hastalar en önemli kanser nedeni olarak risk faktörlerini seçmiştir. Çalışmamızdaki sonuçlara benzer olarak eğitim durumu ileri olan hastalarda tedavi başarısına inancın daha yüksek olduğu ve duygusal etkilenmenin daha az olduğu tespit edilmiştir. Ancak çalışmamızdan farklı olarak ileri eğitim almış olan hastaların bekledikleri hastalık süresinin daha kısa olduğu ve hastalık sonuçlarından daha az etkilendikleri görülmüştür. Çalışmamızda eğitim durumuna göre semptomlarda ve endişe düzeyinde farklılık görülmüşken bu çalışmada görülmemiştir. Kimlik, endişe ve süre alt ölçeklerinde görülen bu farkın ön planda hasta grubumuzun çeşitliliğinden ve bahsi geçen çalışmaya alınan hastaların bir kısmının kemoterapi almamasından kaynaklanmış olabilir. Aktif olarak kemoterapi alan hastalarda bu ölçeklere verilen yanıtlar eğitim durumuna göre daha fazla farklılık gösteriyor olabilir (24).

Hopman ve arkadaşlarının %20'si aktif tedavi alan farklı tipte kanserleri olan 325 hastayla yaptığı çalışmada çalışmamıza benzer şekilde hastalığı anlama ve tedavi kontrolüne inanç yüksek çıkmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde tedavi kontrolüne inanç kişisel kontrole inançtan yüksektir. Bu çalışmada en önemli kanser nedeni olarak şans/kötü talih daha sıklıkla seçilmişken çalışmamızda daha sıklıkla psikolojik nedenler seçilmiştir. İki çalışma arasındaki

bu sonuç farkı çalışmaların farklı ülkelerdeki ve farklı kültürlerdeki hastalarla yapılmasından kaynaklanmış olabilir. Neden alt ölçeği dışında bu çalışmada da bizim çalışmamıza benzer olarak kanser tipleri ile algı boyutları arasında net bir ilişki konulamamıştır (2).

## 7.2. Kansere Tepki Tarzı

KTTÖ alt ölçek skorlarının alt ölçeklerin soru sayılarına bölünerek yapılan değerlendirmede hastalarda mücadeleci ruhun en yüksek ve çaresizlik/ümitsizliğin en düşük olduğu görüldü.

Altmış beş yaş ve üstündeki hastalarda çaresizlik/ümitsizlik daha belirgin, diğerlerinde mücadeleci ruh ön plandaydı. Bu sonuç ile ilk hipotezimiz doğrulanmış oldu. Hastaların geriatrik sorunları, negatif algı boyutlarına paralel olarak negatif tepki tarzlarını baskın kılmaktadır.

Kadınlarda mücadeleci ruh ve endişeli bekleme daha belirgindi. Bu sonuç ile ikinci hipotezimiz doğrulanmış oldu.

Üniversite mezunu olmayanlarda çaresizlik/ümitsizlik ve kadercilik daha belirgindi. Ancak eğitim düzeyi mücadeleci ruh açısından farklılığa yol açmamıştı. Bu nedenle üçüncü hipotezimizin doğru olmadığı görüldü.

Geliri giderinden fazla olmayanlarda kadercilik daha ön plandaydı.

Kanser evresi ile kansere tepki tarzı arasında ilişki yoktu. Bu sonuç ile çalışmamızın dördüncü hipotezinin yanlış olduğu görüldü. Hasta verileri toplanırken kanser evresi hasta dosyalarından alınmıştır. Hastalara kaçınıcı evre kanseri olduğu sorulmamıştır. Hasta yakınları tarafından hastaların kanser evresinin gizlenmesi sık görülen bir durumdur. Bu nedenle kanser evresi ile kansere tepki tarzı arasında ilişki bulunamamış olabilir.

Kanserin türü ile kansere tepki tarzı arasında herhangi bir ilişki yoktu. Hastaların tepki geliştirmeleri için kanser olmaları yeterliydi ve hangi kanser tipine sahip olduklarının bir önemi yoktu.

Mishra ve arkadaşları tarafından adjuvan tedavi (kemoterapi ya da radyoterapi) almakta olan Hindistanlı erken evre 393 meme kanseri hastasıyla yapılan çalışmada yaş ile mücadeleci ruh arasında negatif korelasyon varken, çaresizlik/ümitsizlik arasında pozitif korelasyon olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızdaki geriatrik hastaların sonuçları ile uyumludur. Bu çalışmada kadercilik ile eğitim durumu arasında negatif korelasyon olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda da bu sonuçlarla uyumlu olarak üniversite mezunu olmayanlarda mezun olanlara göre

kaderciliğin daha baskın olduğu görülmüştür. Bu çalışmada gelir durumu ile mücadeleci ruh arasında pozitif, çaresizlik/ümitsizlik arasında negatif korelasyon olduğu gösterilmiştir. Bizde kadercilik geliri giderinden fazla olan hastalarda daha geri planda olsa da bu çalışmada yapılan korelasyon çalışmasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamamıştır. Çaresizlik/ümitsizlik ve kadercilik alt ölçeklerinden elde edilen bu farklılıklar kullanılan istatistiksel yöntemden, iki popülasyon arasındaki kültürel farklılıktan ya da çalışmamızda ileri evre kemoterapi alan hastaların da yer almasından kaynaklanmış olabilir (25).

### **7.3. Hastalık Algısı ile Kansere Tepki Tarzı Arasındaki İlişki**

Bulgular, hastalardaki hastalık algısı ile kansere verilen tepki tarzı arasında tüm alt değerlendirme ölçeklerini de içeren iç içe geçmiş yakın bir ilişki olduğunu göstermiştir.

Pozitif algı boyutlarındaki (Kişisel Kontrol, Tedavi Kontrolü, Anlama) yüksek skorların yüksek mücadeleci ruh ve düşük çaresizlik/ümitsizlik skorları ile ilişkili olduğu; negatif algı boyutlarındaki (Sonuçlar, Süre, Kimlik, Endişe, Duygusal Temsil) yüksek skorlarının düşük mücadeleci ruh ve yüksek çaresizlik/ümitsizlik skorları ile ilişkili olduğu görüldü. Negatif algı boyutlarından bazılarının (Sonuçlar, Süre, Endişe, Duygusal Temsil) yüksek skorlarının yüksek endişeli bekleyiş skorları ile ilişkili olduğu görüldü. Pozitif algı boyutlarından bazılarının (Kişisel Kontrol ve Tedavi Kontrolü) yüksek skorlarının düşük kadercilik skorları ile, negatif algı boyutlarından bazılarının (Sonuçlar, Kimlik, Endişe, Duygusal Temsil) yüksek skorlarının yüksek kadercilik skorları ile ilişkili olduğu görüldü. En önemli kanser nedeniyle KTTÖ alt ölçekleri arasındaki ilişki azdı. En önemli kanser nedeni olarak psikolojik nedenleri seçen hastalarda kadercilik skorları daha yüksekken risk faktörlerini seçenlerde kadercilik skorları daha düşüktü. Zaten düşük oranda saptanan inkâr ile hastalık algısı boyutları, demografik faktörler ve hastalık özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir ilişki tespit edilememiştir.

Hastalık algısı ve kansere tepki tarzı arasındaki ilişkiyi inceleyerek elde ettiğimiz sonuçlar sayesinde Leventhal ve arkadaşları tarafından ortaya konan Öz Düzenleyici Model'in kemoterapi alan kanser hastalarında da doğruluğu gösterilmiş ve beşinci hipotezimizin doğruluğu ortaya konmuştur (6-8).

Hopman ve arkadaşlarının çalışmasında bizim çalışmamıza benzer olarak hastaların demografik özellikleri, hastalık özellikleri ve hastalık algısı alt ölçekleri kullanılarak modeller oluşturulmuş ve kansere tepki tarzlarına etkileri multipl lineer regresyon analizleri ile incelenmiştir. Bu çalışmada 325 hasta incelenmiştir ve bu hastaların sadece %20'si aktif olarak

tedavi almaktadır. Aktif tedavi alan hastalarının ne kadarının kemoterapi aldığı belirtilmemiştir. Çalışma sonuçlarımıza benzer olarak KTTÖ çaresizlik/ümitsizlik alt ölçeği ile RHAÖ alt ölçekleri süre (akut/kronik), sonuçlar ve duygusal temsil arasında, endişeli bekleyiş ile sonuçlar, süre ve duygusal temsil arasında, kadercilik ile sonuçlar ve duygusal temsil arasında pozitif ilişki olduğu görülmüştür. Çalışmamızdan farklı olarak bu çalışmada endişeli bekleyiş ile anlama arasında negatif ilişki, kadercilik ile süre arasında pozitif ilişki ve anlama ile arasında negatif ilişki olduğu görülmüştür. Çalışmamızda kanser nedeni ile sadece kadercilik arasında ilişki gösterilebilmiştir. Bu çalışmada ise çalışmamızdan farklı olarak neden alt ölçeği ile sadece endişeli bekleyiş arasında ilişki olduğu görülmüştür. Çalışmamıza benzer şekilde bu çalışmada da inkâr ile herhangi bir algı boyutu arasında ilişki gösterilememiştir. Çalışmamızda bu çalışmadan farklı olarak tüm pozitif algı boyutları ile mücadeleci ruh arasında pozitif ilişki, tüm negatif algı boyutları ile çaresizlik/ümitsizlik arasında pozitif ilişki olduğu görülmüştür. Ayrıca tüm negatif algı boyutları ile mücadeleci ruh arasında negatif ilişki, tüm pozitif algı boyutları ile çaresizlik/ümitsizlik arasında negatif ilişki olduğu görülmüştür. Çalışmamızda sadece aktif kemoterapi alan hastaların alınmış olması nedeniyle, daha fazla ilişki kurulabildiği düşünülmüştür (2).

## 8. SONUÇLAR

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı klinik ve polikliniklerinde kemoterapi uygulanan hastalar arasından dahil edilme kriterlerini karşılayan ve onam veren 282 hasta çalışmaya alındı. Bu hastalarda hastalık algısı, kansere tepki tarzı, bunlara etki eden faktörler ve hastalık algısının tepki tarzıyla ilişkisi incelendi.

Çalışma sonuçları şöyle özetlenmektedir:

1. Çalışmaya katılan hastaların tedavinin başarısına olan inançları yüksekti ve tedavi başarısına olan inançları hastalığı kendilerinin kontrol edebileceklerine olan inançlarından daha yüksekti. Ayrıca hastalıklarını iyi anladıklarını düşünüyorlardı.
2. En önemli kanser nedeni olarak en sık psikolojik nedenler seçilmiştir.
3. Kansere tepki tarzı alt ölçek ortalamalarında mücadeleci ruhun en yüksek ve çaresizlik/ümitsizliğin en düşük olduğu görüldü.
4. Altmış beş yaş ve üstündeki hastalar, hastalıklarının daha uzun süreceğini düşünmekteydi. Bu hastalarda semptomlar ve endişe daha belirgindi, uygulanan tedavinin başarısına ve hastalığı kontrol edebileceklerine dair inançları daha düşüktü. Bu negatif algılara paralel olarak kansere tepki tarzında çaresizlik/ümitsizlik daha ön plandaydı.
5. Kadınlar erkeklere göre daha endişeliydi. Kadınlar en önemli kanser nedeni olarak daha sıklıkla psikolojik nedenleri, erkekler ise risk faktörlerini seçmişti. Kadınlarda tepki tarzı olarak mücadeleci ruh ve endişeli bekleyiş daha belirgindi.
6. Üniversite mezunları semptomlardan daha az yakınmaktaydı ve daha az endişeliydiler. Duygusallık ise ilköğretim ve lise mezunlarında daha belirgindi. Üniversite mezunu olmayanlarda çaresizlik/ümitsizlik ve kadercilik tepki tarzı daha belirgindi.
7. Geliri giderinden fazla olan hastalar uygulanan tedavinin başarısına daha çok inanıyordu. Geliri giderinden fazla olmayanlarda kadercilik tepki tarzı ön plandaydı.
8. Uygulanan tedavinin başarısına olan inanç ileri evre hastalığı olanlarda daha azdı.

9. Bulgular, hastalardaki hastalık algısı ile kansere verilen tepki tarzı arasında tüm alt değerlendirme ölçeklerini de içeren iç içe geçmiş yakın bir ilişki olduğunu göstermiştir. Hastalık algısındaki hastalığa bağlı olarak yaşantının fazla etkilenmesi, hastalık süresinin uzun sürmesi beklentisi, semptomlardan yakınma, endişe ve duygusallık ile olumsuz başa çıkma yöntemlerinden çaresizlik/ümitsizlik, endişeli bekleyiş ve kadercilik arasında bir korelasyon bulunmaktadır. Bunun yanında kişisel kontrole ve tedavi ile kontrole inanç, hastalığı anlama ile pozitif başa çıkma yöntemlerinden mücadeleci ruh arasında korelasyon saptanmıştır.
10. Mücadeleci ruh ve çaresizlik/ümitsizlik, hastalık tehdidi ile başa çıkmanın iki ayrı ucunu temsil etmektedir. Çalışmamızda neden hariç tüm algı boyutlarının bu iki tepki tarzı üzerinde belirleyici olduğu gösterilmiştir. Leventhal ve arkadaşları tarafından geliştirilen Öz Düzenleyici Model'in kemoterapi alan kanser hastalarında da doğruluğu gösterilmiştir (6-8).

### 8.1. Öneriler

Kanser hastalarında hastalık algısı ile kansere verilen tepki tarzı arasındaki iç içe geçmiş ilişkinin saptanması sayesinde negatif algılara eğilim gösteren hastaların tespit edilerek negatif başa çıkma yöntemlerine yönelebilecek hastaların erken dönemde tespit edilebileceği görülmüştür. Algı boyutları dışında geriatrik, düşük gelirli, düşük eğitilmiş kanser hastaları olumsuz başa çıkma yöntemleri geliştirme konusunda yüksek riskli bulunmuştur. Hastaların, hastalık algılarının ve bu yüksek riskli özelliklerinin erken dönemde tespit edilerek uygun psikososyal desteklerin erken dönemde yaşama geçirilmesini önermekteyiz.

Bunun yanında ilişkinin gösterilmesi ile kanser hastalarının RHAÖ ve KTTÖ gibi çok sayıda sorudan oluşan, çözülmesi uzun sürebilecek ve anlaması zor olabilecek ölçekler yerine KHAÖ ile değerlendirilerek, hem hastalık algılarının hem de lineer regresyon modelleri ile oluşturulan formüller sayesinde kansere tepki tarzlarının ve hangi başa çıkma yöntemine yatkın olduklarının değerlendirilmesinin uygun olabileceği düşünülmüştür. İleride bu hipotezi değerlendirecek yeni araştırmalar planlanabilir.

## 9. KAYNAKLAR

- 1) Price A, Goodwin L, Rayner L, Shaw E, Hansford P, Sykes N, Monroe B, Higginson I, Hotopf M, Lee W. Illness perceptions, adjustment to illness, and depression in a palliative care population. *J Pain Symptom Manage.* 2012 May;43(5):819-32.
- 2) Hopman P, Rijken M. Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psychooncology.* 2015 Jan;24(1):11-8.
- 3) WHO (2018). Global health estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2016. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Available from: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/).
- 4) International Agency for Research on Cancer (2018). Cancer Today. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations>.
- 5) L Fallowfield, D Ratcliffe, V Jenkins, J Saul. Psychiatric Morbidity and Its Recognition by Doctors in Patients With Cancer. *Br J Cancer.* 2001 Apr 20;84(8):1011-5.
- 6) Leventhal H, Meyer D, Nerenz D. The common sense model of illness danger. In: Rachman S, editor. *Medical Psychology.* Vol 2. New York, NY: Pergamon; 1980. pp. 7–30.
- 7) Leventhal H, and Diefenbach M. (1991) The active side of illness cognition In J. A. Skelton and R. T. Croyle (Eds) *Mental Representation in Health and Illness*, pp.247-272. New York: Springer Verlag.
- 8) Leventhal H, Nerenz D R. and Steele D J. (1984) Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, and S.E. Taylor and J.E. Singer (Eds) *Handbook of Psychology and Health, Volume IV: Social Psychological Aspects of Health.* pp. 219-252. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- 9) Mechanic D. Social psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints. *N Engl J Med.* 1972 May 25;286(21):1132-9.
- 10) Schachter S, Singer J E. Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychol Rev.* 1962 Sep;69:379-99.
- 11) Bowling A. *Measuring Health.* Milton Keynes: Open University Press, 1991.

- 12) Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*, 11(3), 431–445.
- 13) Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res.* 2006 Jun;60(6):631-7.
- 14) Karataş T, Özen Ş, Kutlutürkan S. Factor Structure and Psychometric Properties of the Brief Illness Perception Questionnaire in Turkish Cancer Patients. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2017 Jan-Mar;4(1):77-83.
- 15) Kus Tulay, Aktas Gokmen, Ekici Hatice at al. Illness perception is a strong parameter on anxiety and depression scores in early-stage breast cancer survivors: a single-center cross-sectional study of Turkish patients. *Supportive Care in Cancer* volume 25, pages 3347–3355(2017).
- 16) Giannousi, Z., Manaras, I., Georgoulas, V. and Samonis, G. (2010), Illness perceptions in Greek patients with cancer: a validation of the Revised-Illness Perception Questionnaire. *Psycho-Oncology*, 19: 85-92.
- 17) Popov N, Heruti I, Levy S, Lulav-Grinwald D, Bar-Sela G. Illness perception differences between Russian- and Hebrew-speaking Israeli oncology patients. *J Clin Psychol Med Settings.* 2014 Mar;21(1):33-40.
- 18) Mickeviciene, Ausra & Vanagas, Giedrius & Jievaltas, Mindaugas & Ulys, Albertas. (2013). Does Illness Perception Explain Quality of Life of Patients With Prostate Cancer?. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*. 49. 235-41.
- 19) Watson M, Greer S, Young J, Inayat Q, Burgess C, Robertson B. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med.* 1988 Feb;18(1):203-9.
- 20) Natan İ. In patients who received a cancer diagnosis, examination in terms of reliability and validity of Mental Adjustment Scale To Cancer. [Master's thesis; in Turkish] Istanbul, Turkey: Istanbul University, Institute of Health Sciences; 2000.
- 21) Yağmur Y, Duman M. The relationship between the social support level perceived by patients with gynecologic cancer and mental adjustment to cancer. *Int J Gynaecol Obstet.* 2016 Aug;134(2):208-11.

- 22) Cayrou S, Dickès P, Gauvain-Piquard A, Rogé B. The mental adjustment to cancer (MAC) scale: French replication and assessment of positive and negative adjustment dimensions. *Psychooncology*. 2003 Jan-Feb;12(1):8-23.
- 23) Nelson CY Yeung, Qian Lu. Affect mediates the association between mental adjustment styles and quality of life among Chinese cancer survivors. *J Health Psychol*. 2014 Nov;19(11):1420-9.
- 24) Karabulutlu EY, Avcı İA, Karayurt Ö, Gürsoy A, Köşgeroğlu N, Tuna A, Ersin F, Arıkan F, Karaman S. Evaluation of Illness Perception of Women with Breast Cancer in Turkey. *Eur J Breast Health*. 2019 Apr 1;15(2):98-104.
- 25) Mishra VS, Saranath D. Association between demographic features and perceived social support in the mental adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2019;28:629–634.

## 10. EKLER

### **EK 1: Araştırma amaçlı çalışma için bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ve anket formu**

**Araştırmanın Adı:** Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Hastalık Algısı ve Kansere Verilen Tepki Tarzı

**Araştırmanın Kolay Anlaşılır Adı (Halk Diliyle):** Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Hastalık Algısı ve Kansere Verilen Tepki Tarzı'nın belirlenmesi ve aralarındaki ilişki incelenecektir.

**Sorumlu Araştırmacı:** Prof. Dr. Filiz Çay Şenler

**Araştırmanın Yürütüleceği Yer:** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'na bağlı yataklı servis ve gündüz tedavi ünitesi

Sayın gönüllü,

Merkezimizde kemoterapi alan hastalarda hastalık algısını, kansere verilen tepkiyi ve aralarındaki ilişkiyi araştırmayı planlamaktayız. Bu konudaki bilgiler, hastalarımızın gerek duyduğu ruhsal desteği planlamakta bize yol gösterici olacaktır. Bu amaçla araştırmaya katılan hastalardan bu çalışma için oluşturulmuş anket formunu, sizinle yüz yüze görüşerek doldurmalarınızı talep etmekteyiz. Bu anketleri doldurmanız 5-10 dakika arasında sürenizi alacaktır. Ayrıca hastalığınız ve kemoterapi ile ilgili bilgileri hastane kayıtlarından alacağız. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgileriniz ihtimamla korunacaktır.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta özgürsünüz. Araştırmaya katılmak zorunda değilsiniz ve katılmayabilirsiniz. Eğer katılmayı reddederseniz, bu durumun tıbbi bakımınıza ve hekim ile olan ilişkinize herhangi bir zarar getirmeyeceğini de bildiririz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır.

Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz yardımcı araştırmacı Dr. Yusufcan Yılmaz tarafından tarafınıza iletilen anket formunun doldurulması istenecektir.

Araştırmayla ilgili sorularınız için sorumlu öğretim üyesi Prof. Dr. Filiz Çay Şenler'e veya yardımcı araştırmacı Dr. Yusufcan Yılmaz 'a Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'ndan ulaşabilirsiniz.

## OLUR FORMU

Ben .....

Prof. Dr. Filiz ay Şenler ve Dr. Yusufcan Yılmaz tarafından Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nda araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım ve gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

**AŐağıdaki 9 soruyu kendinize ait bilgilerle cevaplamamız gerekmektedir.**

1) Adı, soyadı:

2) Doğum tarihi (Gün/Ay/Yıl):

3) Medeni durum:

- a) Evli
- b) Bekâr

4) Şu anda bir işte çalışıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

5) Eğitim durumunuz nedir?

- a) niversite mezunu
- b) Lise mezunu
- c) İlk-orta okul mezunu

6) Gelir durumunuz nedir?

- a) Gelirim giderimden fazla
- b) Gelirim giderime eşit
- c) Gelirim giderimden az

7) Yakın çevrenizde (akraba, komşu ya da arkadaşlar) kanser tanısı alan oldu mu?

a) Evet

b) Hayır

8) Şu anki hastalığınız dışında, uzun süreli tedavi gördüğünüz başka hastalığınız var mı?

a) Evet

b) Hayır

9) Herhangi bir ruh hastalığı için ilaç tedavisi görüyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

## EK 2: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği

1-8 arasındaki sorular için, sizin görüşlerinize en fazla uyan sayıyı lütfen yuvarlak içine alınız.

1) Hastalığınız hayatınızı ne kadar etkilemekte?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Hiç Yaşamımı Ciddi  
Etkilemiyor. Ölçüde Etkiliyor.

2) Hastalığınızın ne kadar süreceğini düşünüyorsunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Çok Kısa Ömür Boyu Devam  
Sürecek. Edecek.

3) Hastalığınız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu hissediyorsunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Kesinlikle Hiçbir Tamamen  
Kontrolüm Yok. Kontrolüm Altında.

4) Tedavinizin hastalığınıza ne ölçüde yardımcı olabileceğini düşünüyorsunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Hiç Oldukça yardımcı  
yardımcı değil

5) Hastalığınıza bağlı şikayetleri hangi ölçüde yaşıyorsunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Hiç Çok ciddi  
şikayetim olmuyor. şikayetlerim oluyor.

6) Hastalığınız için ne kadar endişelisiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Hiç endişeli Çok endişeliyim.  
değilim.

7) Hastalığınızın ne olduğunu ne kadar iyi anladınız?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Hiç Çok net anladım.  
anlamadım.

8) Hastalığınız duygusal olarak sizi ne kadar etkilemekte? (ör: Sizi sinirli, ürkek, üzüntülü veya çökkün yapıyor mu?)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Duygusal Duygusal olarak  
olarak hiç çok etkiliyor.  
etkilemiyor.

9) Lütfen hastalığınıza sebep olduğuna inandığınız en önemli üç faktörü (olayı) önem sırasına göre sıralayınız.

Benim için en önemli sebepler:

1).....

2).....

3).....



### **EK-3: Kansere Tepki Tarzı Ölçeği**

**1-40 arasındaki soruları, soruda belirtilen cümlenin sizin için uygunluğunu değerlendirerek 4 şık arasından seçim yaparak cevaplayınız.**

**1) Sağlığımı düzeltereceğine inandığım şeyleri yapmaktayım. Örneğin: Beslenmemi değiştirdim.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**2) Kendimi neşelendirmek için birşeyler yapabileceğim düşüncesinde değilim.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**3) Sağlık problemlerim, gelecekle ilgili planlar yapmamı engelliyor.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**4) Olumlu düşüncelerimin, sağlığıma yararlı olacağına inanıyorum.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**5) Hastalığımın üzerinde durmuyorum.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**6) İyileşeceğime kesinlikle inanıyorum.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**7) Ne yaparsam yapayım, değişen birşey olmayacak gibi geliyor.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**8) Herşeyi doktorlara bıraktım.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**9) Hayattan umudu kestim.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**10) Sağlığımı dzelteceğine inandığım Şeyler yapmaktayım. Örneğin: Egzersiz yapıyorum.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**11) Kanser teŐhisinden beri hayatın ne kadar değerli olduğunu anladım, onu daha iyi değerlendirmeye çalışıyorum.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**12) Kendimi tanrının ellerine bıraktım.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**13) Kanserin tekrarlamasından veya ilerlemesinden endişe ediyorum.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**14) Geleceğe yönelik planlanm var. Örneğin: Tatil, ev, iş deęiŐtirme vs gibi.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**15) İyİ bir hayatım oldu. Geriye kalanı bir hediye olarak görüyorum.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**16) Moralimin, sağlığımlı çok etkileyebileceğini düşünüyorum.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**17) Kendime yardım edebilmek için yapabileceğim birşey olduğunu sanmıyorum.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**18) Hayatımı her zamanki gibi sürdürmeye çalışıyorum.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**19) Benimle aynı durumdaki insanlarla görüşmek isterim.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**20) Kanserle ilgili herşeyi geçmişte bırakmaya kararlıyım.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**21) Bunun benim başıma nasıl geldiğine inanmakta güçlük çekiyorum.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**22) Hastalığım hakkında büyük endişe duyuyorum.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**23) Gelecekte pek umudum yok.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**24) İçinde bulunduğum günü yaşıyorum, geleceği düşünemiyorum.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**25) Pes edesim geliyor.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**26) Hastalığımla ilgili şakalar yapmaya çalışıyorum.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**27) Başka insanlar benim için benden fazla endişeleniyorlar.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**28) Durumu daha da kötü olan insanları düşünüyorum.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**29) Kansere ilgili edinebileceğim bütün bilgileri edinmeye çalışıyorum.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**30) Olup bitenleri kontrol edemiyorum.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**31) Yapabildiğimce olumlu bir tutum içinde olmaya çalışıyorum.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**32) Kendimi başka şeylerle meşgul ediyorum. Böylece hastalığımı düşünmek için vaktim olmuyor.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**33) Kanser hakkında daha fazla şeyler öğrenmekten kaçınıyorum.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**34) Hastalığımı bir mücadele olarak görüyorum.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**35) Hastalığım hakkında kaderciyim.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**36) Ne yapacağımı bilemiyorum.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**37) Başıma gelenlerden dolayı çok öfkeliyim.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**38) Gerçekten kansere yakalandığıma inanmıyorum.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**39) Tanrı'nın bana verdiklerine şükrediyorum.**

- a) Kesinlikle bana uymuyor.
- b) Bana uymuyor.
- c) Bana uyuyor.
- d) Kesinlikle bana uyuyor.

**40) Hastalıkla savaşmaya çalışıyorum.**

a) Kesinlikle bana uymuyor.

b) Bana uymuyor.

c) Bana uyuyor.

d) Kesinlikle bana uyuyor.

